心理动力学心理治疗简明指南

Concise Guide to Psychodynamic Psychotherapy

短程、间断和长程心理动力学心理治疗的原则和技术

Principles and Techniques of Brief, Intermittent, and Long-term Psychodynamic Psychotherapy

第3版

原　著　Robert J. Ursano, M.D.

Stephen M. Sonnenberg, M.D.

Susan G. Lazar, M.D.

译　者　林　涛　王丽颖

人民卫生出版社

VISIT…

LANZAROTE Caliente.COM

Concise guide to psychodynamic psychotherapy: principles and techniques of brief, intermittent and long-term psychodynamic psychotherapy
First published in the United States by American Psychiatric Publishing, Inc., Washington, D.C. and London UK.
Copyright © 2004 All rights reserved.

敬告:本书的译者及出版者已尽力使书中出现的药物剂量和治疗方法准确,并符合本书出版时国内普遍接受的标准。但随着医学的发展,药物的使用方法应随时作相应的改变。建议读者在使用本书涉及的药物时,认真研读药物使用说明书,尤其对于新药或不常用药更应如此。出版者拒绝对因参照本书任何内容而直接或间接导致的事故与损失负责。

图书在版编目(CIP)数据

心理动力学心理治疗简明指南:短程、间断和长程心理动力学心理治疗的原则和技术/(美)乌桑诺著;林涛等译.—北京:人民卫生出版社,2010.10
ISBN 978-7-117-13352-4

Ⅰ.①心… Ⅱ.①乌…②林… Ⅲ.①精神疗法-指南 Ⅳ.①R749.055-62

中国版本图书馆CIP数据核字(2010)第162256号

门户网:www.pmph.com	出版物查询、网上书店
卫人网:www.ipmph.com	护士、医师、药师、中医师、卫生资格考试培训

版权所有,侵权必究!

图字:01-2006-5490

心理动力学心理治疗简明指南

短程、间断和长程心理动力学心理治疗的原则和技术

译　　者:林　涛　王丽颖
出版发行:人民卫生出版社(中继线 010-59780011)
地　　址:北京市朝阳区潘家园南里 19 号
邮　　编:100021
E - mail:pmph @ pmph.com
购书热线:010-67605754　010-65264830
　　　　　010-59787586　010-59787592
印　　刷:北京人卫印刷厂
经　　销:新华书店
开　　本:850×1168　1/32　　印张:7　　字数:175千字
版　　次:2010年10月第1版　　2010年10月第1版第1次印刷
标准书号:ISBN 978-7-117-13352-4/R·13353
定　　价:22.00元
打击盗版举报电话:010-59787491　E-mail:WQ @ pmph.com
(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

关于作者

Robert J. Ursano，医学博士，美国马里兰州，贝塞斯达，卫生科学统一服务大学，F. Edward Hebert 医学院，精神病学系，教授，系主任。也在位于华盛顿的华盛顿精神分析研究所任教。

Stephen M. Sonnenberg，医学博士，美国马里兰州，贝塞斯达，卫生科学统一服务大学，F. Edward Hebert 医学院，精神病学系，兼职教授；德克萨斯，休斯敦，贝勒医学院，精神病学系，临床教授。也是德克萨斯，奥斯汀，休斯敦-加尔维精神分析研究所的培训和督导分析师。

Susan G. Lazar，医学博士，美国马里兰州，贝塞斯达，卫生科学统一服务大学，F. Edward Hebert 医学院，精神病学系，兼职教授；华盛顿，乔治华盛顿大学医学院，精神病学系，兼职教授。也是位于华盛顿的华盛顿精神分析研究所的培训和督导分析师。

关于译者

林涛，男，医学博士，副主任医师，国际精神分析协会精神分析师候选人。现任首都医科大学附属北京安定医院临床心理科副主任、心理门诊主任、首都医科大学临床心理学系办公室主任。具有精神病学和临床心理学双重职业背景。曾国家公派在德国法兰克福西格蒙德弗洛伊德研究院留学深造，目前在英国伦敦 Tavistock and Protman NHS Foundation Trust 留学。主要从事精神分析和精神分析心理治疗及其督导教学。E-mail：taolhv@gmail. com

王丽颖，女，医学博士，首都医科大学附属北京安定医院临床心理科副主任医师。目前主要从事心理咨询与治疗的临床、科研和教学工作，承担课题 2 项，发表科研文章 10 余篇，编译书籍及参与翻译书籍 4 部。临床上主要擅长于精神分析治疗；儿童、青少年心理健康咨询；压力与情绪管理等。目前在英国伦敦 Tavistock and Portman NHS Foundation Trust 留学。E-mail：wangly8h@gmail. com

中文版序

作为德国精神分析师和精神科医生，并且在北京、武汉和上海的中挪和中德培训项目中担任心理动力学心理治疗师培训的临床教师，我很高兴有机会为 Robert J. Ursano、Stephen M. Sonnenberg 和 Susan G. Lazar 所著《心理动力学心理治疗简明指南》的中文版作序。对于想要学习心理动力学心理治疗的基本原则和技术的临床医生、治疗师，尤其是工作在精神病医院、门诊等公共心理卫生系统及其他研究所或是私人诊所的精神科医生和治疗师，我坚信，这是一本非常好的教科书。

与其他心理治疗教科书相比，这本书具有如下优点：

1. 本书的作者都是精神科医生和精神分析师，同时也是心理动力学心理治疗领域富有经验的教师。他们成功地将这一复杂的心理学领域以非常简明、清晰的方式呈现，辅以诸多临床案例、30 多个表格、每个章节后对要点的总结、专业术语表以及大量的主题词和著者索引，使得阅读更加方便、易懂。

2. 他们以令人信服的方式证实：为什么通常的精神科方法——精神检查、根据 ICD-10，DSM-Ⅳ TR 或 CCMD-3 做出描述性诊断以及结合心理教育的方法开具精神药物处方等——对很多精神病人来讲是不够的。我们需要对精神障碍有动力学的理解——从个体的角度，以发展史和现实的生活情境、他们的人际关系、意识和潜意识的愿望、目标和恐惧、他们处理冲突和缺陷的方式以及他们的弱点和优势为背景的理解。从这个视角看，精神疾病就不仅仅是诸如焦虑、抑郁、适应不良行为这样的症状了；在很多情况下，它是个体面临生活危机的表现。汉语中

“危机”这个词有双重含义，意指危险，但同时也是机遇，是改变的机遇，是朝向更加成熟和自我实现的个体发展的机遇。心理动力学的方法对患者更加有效，但对治疗师而言，在个人卷入和理智方面也更有挑战性。在多年精神分析和心理动力学心理治疗教学(包括在中国)经验的基础上，我认为获得这种心理动力学的理解也有助于治疗师更好地理解自己、从患者那里学习经验并在个人成熟和职业化方面不断发展——最终会让我们的治疗工作更加令人满意。

我们这个时代面临着经济的危机，心理治疗的疗效和效-价比备受关注，人们经常会问，从“循证治疗”的角度来讲，心理动力学心理治疗是否仍然是有效的方法。本书的作者面对质疑，援引了大量的临床研究结果(这些结果可以很容易在欧洲学者的研究中得到进一步的补充)，证实了心理动力学心理治疗不仅疗效突出，而且是很经济的治疗方法，可以降低精神药物治疗的花费、精神科门诊和住院治疗的花费，或精神障碍引发的躯体疾病的诊疗费用，还会大大减少病休和提前退休。因此，比如在德国，公立和私有医疗保险公司会为心理治疗付费——不是每一种心理治疗，而是只给心理动力学心理治疗和行为治疗付费。前提是：

(1)有被批准的培训机构或培训课程颁发的证书，可以证明治疗师有良好的从业资格；

(2)治疗师要连续地递交案例报告，以此来证明心理治疗的必要性、效率和效-价比。案例报告不仅包括患者的病史、基于症状的 ICD 诊断，也包括心理动力学心理治疗的、详细的心理动力学案例解析(或行为动力解析，如果是行为治疗的话)。这些案例报告(匿名：不写全名，只有姓名的首字母和出生日期)会被本专业的同行评估，他们会向医疗保险公司提出建议(报销费用：是或者否)。

在中国，心理治疗的合法框架及其职业要求正在酝酿和发

展的过程中。我们可以很确信地说,在不远的将来,为了确保医疗保险公司及其他医疗报销机构为心理治疗付费,心理动力学诊断、案例解析以及心理动力学治疗的培训将会变得越来越重要。我认为,本书为将来实际从事心理动力学心理治疗提供了必不可少的基础知识和技术。

3. 最后但也很重要的是,我要提一下这本书的译者林涛博士和王丽颖博士都是我亲密的朋友。我非常高兴他们采纳了我的建议将此书译成中文。他们属于中国出色的精神科医生和心理治疗师中的年轻一代,参与中德和中挪培训项目多年,接受了心理动力学心理治疗和临床实践的系统培训,并且留学国外,对心理动力学心理治疗领域的西方文学进行了深入广泛的学习研究。在我们的心理动力学心理治疗培训项目中,他们经常担任文献翻译和现场口译,表现出色。他们熟知临床上采用的专业术语,这些术语在词典中是难以找到的。他们是富有经验的临床医生,所以,我认为他们是此书最合适的译者。

我要表达对他们辛苦工作的感激和谢意,我希望此书能被广泛传播和接受。

Hermann Schultz
舒尔思　赫尔曼　医学博士
神经精神科和心身科专科医师
精神分析师,心理治疗师,督导和培训分析师
德国精神分析协会和国际精神分析协会会员
2010 年 6 月,德国法兰克福

第3版前言

与过去不同，如今，多数心理治疗初学者所掌握的精神分析知识不是很广泛。事实上，在受训期间深入学习一门特定的心理治疗方法往往机会有限。然而，作为临床医生，心理治疗初学者或许想了解和应用心理动力学心理治疗，把它作为自己临床技能的一部分。而且，即使患者不适合或不太可能进行精神分析心理治疗，那么在对他们进行评估和治疗的时候也能够用得上心理动力学的技术。

心理动力学心理治疗的技能需要投入一生的努力去发展。这种治疗模式为临床医生提供了一个窗口，可以透视那些其他视角无法解释的行为背后的意义。心理动力学心理治疗可以是短程的、长程的，或者间断性的。这些不同的治疗形式在原则和技术上是相似的，但又各有利弊。心理动力学心理治疗要求治疗师能够识别人际互动模式而又不会卷入“剧中”。在此过程中，心理治疗师逐渐认识和理解了他的反应既可以及早地提示治疗中正在隐秘发生的事件，也可以成为妨碍治疗成功的潜在路障。这种知识和技能还可用于其他的精神科治疗模式，包括其他心理治疗、药物管理、精神科联络会诊、门诊和急诊评估以及住院患者的治疗。

在本书新版中，我们向临床医生介绍了心理动力学心理治疗最新的概念和技术。心理治疗尤其是心理动力学心理治疗的疗效和效-价比在循证医学实践和心理卫生保健中是特别受到关注的问题。在第1章，我们在这些方面做了最新的回顾，“为什么需要心理治疗?”——在如今价格意识突显的精神卫生保健

领域常会听到这样的问题。另外，心理动力学干预的基本技能和方法除用于心理治疗外，也可用在其他的治疗模式中，这方面的意识在实践中的重要意义与日俱增。心理动力学倾听和心理动力学评估就是这样两种技术，学习心理动力学心理治疗的人对它们是非常熟悉的，但是它们也会用于其他一些领域，如精神科诊断、治疗和预后评估。

如果你希望找到最佳的方法以消除有精神问题的患者所承受的痛苦，我们相信，你会在本书中获益。我们希望这本书会让你领略心理动力学心理治疗及其技术带给人的兴奋、发挥的作用以及会面对的艰难。

Robert J. Ursano，医学博士
Stephen M. Sonnenberg，医学博士
Susan G. Lazar，医学博士

序

在国际精神分析协会(IPA)诞辰100周年之际,在IPA的首届亚洲大会即将在中国北京召开之际,我很高兴为Robert J. Ursano、Stephen M. Sonnenberg和Susan G. Lazar所著的《心理动力学心理治疗简明指南》第3版的中文译本作序。这是一本心理动力学心理治疗的教科书,对于国内学习精神分析及精神分析心理治疗的人们来说,却有着特别的意义。因为它的前身,即这本书的第2版中文译本,曾经是1997年至1999年的老中德班学员们学习心理动力学治疗的敲门砖,它陪伴着这一代人步入了精神分析及精神分析心理治疗的学习和实践的旅途。而当年的译者杨华渝教授,老中德班精神分析组的唯一中方教师,是国内精神分析及心理治疗的先驱者。

现如今,这本书的第3版中文译本,出自年轻有为的林涛博士和王丽颖博士。自2002年起,他们二人开始在北京的心理动力学心理治疗师连续培训项目中出任翻译,到2006年的中国-挪威心理动力学心理治疗师连续培训项目时,他们已成为翻译骨干。2006年,林涛作为首都医科大学的优秀博士生,荣获国家留学基金委全额资助,以联合培养博士生的身份到德国法兰克福西格蒙德·弗洛伊德研究院学习一年;2008年,他又成为国内第一批IPA会员候选人培训项目中的一员。在经历了近500小时的个人被分析的体验和数年来的理论与实践的积累之后,我想他在翻译这本书时的体会已经不同以往,读者或许从字里行间能感受到这一点。王丽颖博士从1999年参加上海第二届中德心理动力学心理治疗师连续培训项目起就开始涉足精神

分析及心理治疗，目前她正在英国伦敦 Tavistock and Portman NHS Foundation Trust 接受系统的精神分析培训。

长江后浪推前浪，青出于蓝而胜于蓝。作为他们曾经的老师和今日的同事，我倍感欣慰。愿这部中文译本能为更多的人敲开学习与实践精神分析心理治疗的窗口，愿更多的年轻才俊加入学习与实践精神分析及心理治疗的旅途。

杨蕴萍

2010 年 7 月 25 日于北京

译者序

心理动力学心理治疗在西方国家是非常重要的心理治疗方法。近些年来，随着西方师资的引进，心理动力学心理治疗的培训和实践在国内得到了迅速的发展。然而，国内的相关译著较为有限，而且多为理论著作，难以满足从业者对于实践指导的需要。而本书作为一部心理动力学心理治疗的实践用书，恰恰满足了从业者的这一需求。从本书第 2 版（《精神分析治疗指南》杨华渝译，2000 年）当年的畅销情况就可见一斑。

本书第 3 版较第 2 版增加了不少篇幅，在相同的章节里内容也有了很大丰富。由于是一部临床实践的指导用书，本书紧紧围绕与临床实践相关的主题展开介绍，从“为什么需要心理治疗”谈起，逐一介绍了心理动力学心理治疗的基本原则、评估、开始治疗、阻抗和防御、移情、反移情、梦、结束治疗以及实践中的问题及处理，从而帮助读者对心理动力学心理治疗的主线有初步的了解和把握。此外，本书后 3 个章节分别介绍了短程心理治疗、边缘性人格障碍和其他严重病态人格的心理治疗以及支持性心理治疗，很有实用价值。在最后，还介绍了心理动力学心理治疗简史，帮助读者把握其发展脉络。另附术语表，按英文字母顺序逐一介绍书中出现的关键术语。本书的另一个特点是每介绍一个临床主题的时候，作者都会与读者分享自己的临床经验，并附临床案例加以说明，以利于读者理解领悟。

在本书的翻译中有两点需要说明：①关于“psychodynamic psychotherapy”的翻译，目前业内主要有两种译法，“精神动力学心理治疗”和“心理动力学心理治疗”，而近年来更多倾向于采

用后一种译法，本书亦采用了此译法；而“psychoanalysis”仍采用传统译法，即“精神分析”；②由于本书作者均为精神科医生，在书中提及“治疗师”的时候，会在一个案例中交替使用“治疗师”、“精神科医生”、“医生”等称谓，译者在翻译的时候，遵从了原书这种称谓的交替。

最后要提及的是，德国精神分析师和精神分析培训师 Hermann Schultz 老师。近些年来，他致力于国内心理动力学心理治疗的培训工作，足迹遍及北京、上海和武汉等地。Hermann Schultz 老师建议译者将本书第 3 版译成中文，也因此本书得以与读者见面，在此表示诚挚谢意！

在本书的翻译中，难免有不妥或疏漏之处，敬请读者斧正。

林涛　王丽颖

2010 年 7 月于伦敦

目 录

1 为什么需要心理治疗 …… 1
精神疾病 …… 2
心理治疗的贡献 …… 2
心理治疗与内科疾病 …… 4
小结 …… 6

2 基本原则 …… 11
心理动力学心理治疗的焦点 …… 12
心理动力学心理治疗的设置 …… 15
心理动力学心理治疗的技术 …… 16

3 对患者的评估Ⅰ:评估、诊断和心理治疗处方 …… 20
开始评估 …… 23
入选标准 …… 25

4 对患者的评估Ⅱ:心理动力学倾听 …… 29
四种心理学 …… 29
临床时刻和临床评估 …… 32
在联络会诊情境中的心理动力学倾听 …… 34
在心理治疗评估中的心理动力学倾听 …… 38
在心理动力学心理治疗背景中的心理动力学倾听 …… 41
在咨询室外倾听自己 …… 44

5 对患者的评估Ⅲ:心理动力学评估 …… 47

主诉…………………………………………………… 51
现病史、既往史和家族史 …………………………… 52
早年记忆和创伤……………………………………… 55
发展缺陷……………………………………………… 59
对患者良知的评估…………………………………… 62
结论…………………………………………………… 62

6 开始治疗…………………………………………… 64
首先，不要伤害 ……………………………………… 65
节制和自由联想……………………………………… 66
安全氛围……………………………………………… 69
医生式关心的态度…………………………………… 70
在开始治疗阶段的失望……………………………… 71
移情、防御和阻抗的早期体验 ……………………… 73
治疗初期梦的运用…………………………………… 75

7 阻抗与防御………………………………………… 78
阻抗…………………………………………………… 78
防御…………………………………………………… 79
压抑…………………………………………………… 80
否认…………………………………………………… 80
反向形成……………………………………………… 81
置换…………………………………………………… 81
逆转…………………………………………………… 81
抑制…………………………………………………… 81
与攻击者认同………………………………………… 82
禁欲…………………………………………………… 82
理智化………………………………………………… 82
情感隔离……………………………………………… 82
退行…………………………………………………… 82

升华…………………………………………………… 83
解释阻抗和防御机制………………………………… 83
移情阻抗……………………………………………… 86

8 移情……………………………………………… 90
重复过去的需要……………………………………… 91
心理动力学心理治疗中的移情……………………… 92
移情的形式…………………………………………… 93
对移情进行工作……………………………………… 94
移情阻抗……………………………………………… 96
色情和攻击性移情…………………………………… 98
修通移情……………………………………………… 99
治疗师的见诸行动和投射认同 …………………… 100
处理“没有”移情 ………………………………… 101

9 反移情 ……………………………………… 104
一致性和互补性反移情 …………………………… 107
对边缘型人格障碍患者治疗中的反移情 ………… 111
其他反移情 ………………………………………… 113
治疗师需要个人分析和督导 ……………………… 114

10 梦……………………………………………… 116
在心理治疗中梦的运用…………………………… 116
引导患者运用梦…………………………………… 116
在治疗中期梦的运用……………………………… 118
在治疗后期梦的运用……………………………… 119
梦作为潜意识冲突的指示物……………………… 121
梦作为移情的指示物……………………………… 122
梦作为起源信息或适应风格的指示物…………… 123
梦作为一种防御…………………………………… 125

结束阶段的梦 …… 126
注意事项 …… 127

11 结束治疗 …… 129
识别结束阶段的到来 …… 129
结束治疗阶段的任务 …… 131
回顾治疗 …… 131
体验心理治疗和治疗师的丧失 …… 132
重新体验和掌控移情 …… 132
提高自我探索的技能，自我探索是解决问题的一种方法 …… 133
结束治疗阶段的失望 …… 133
当治疗不成功的时候 …… 136
尽管治疗成功，但患者拒绝结束治疗时 …… 137
告别：治疗师的反应 …… 138
结束阶段没有出现 …… 140

12 实践中的问题及处理 …… 143
治疗室：装饰和设置 …… 144
费用 …… 145
医疗保险和管理型保健 …… 148
药物治疗 …… 149
电话 …… 149
休假安排 …… 150
自杀患者 …… 151
危险的患者 …… 152
礼物 …… 152
给予建议：心理治疗师承担的是医生的角色 …… 153
患者的躯体疾病 …… 154
治疗师的失误 …… 154

一般原则 …… 154

13 短程心理治疗 …… 156
患者的选择 …… 157
疗程和治疗结束 …… 161
技术 …… 162

14 边缘型人格障碍和其他严重病态人格的心理治疗 …… 166
边缘型患者 …… 166
诊断 …… 166
冲突 …… 168
开始心理治疗 …… 170
患者的防御机制 …… 172
反移情 …… 175
自恋型和分裂样患者 …… 177
小结 …… 178

15 支持性心理治疗 …… 180
患者的选择 …… 181
技术 …… 182

附录 心理动力学心理治疗简史 …… 188

术语表 …… 197

1 为什么需要心理治疗

长久以来，心理治疗是用于精神科患者的一种治疗方法。临床经验和日益增长的实证研究均已证实心理治疗既有效又经济。心理治疗的有效性可从几个方面得以体现。Eysenck 对经典研究进行重新评价后指出，心理治疗经过 15 次访谈所达到的疗效，如果是自发缓解的话，需要 2 年的时间才能达到(McNeilly 和 Howard，1991)。M. L. Smith 及其同事(1980)发现，平均的效应大小(effect size)为 0.68，这说明经过治疗的患者平均比 75%未经治疗的患者有更大的改善(Sonnenberg 等，1996)。M. L. Smith 及其同事(1980)所得到的效应大小高于其他一些临床治疗研究结果；因为这些研究资料显示出治疗组较对照组已有充分疗效，如果仍然不给对照组治疗将有违伦理，所以这些研究均提前终止了(Rosenthal，1990)。外科医生对这种效应大小也有类似的描述：手术可以使 66%的患者活下来，而不施行手术的话，只有 34%的存活率(Rosenthal 和 Rubin，1982)。那么，对于是否需要这样的手术还会心存质疑吗？特别说明一点，在心理动力学心理治疗中已经得出了相似的效应大小(Crits-Christoph，1992)。

作为心理卫生工作者，我们必须时常提醒自己，也会提醒其他内科医生和卫生政策的决策者：精神疾病并非罕见。在精神疾病里既有“普通感冒”，也有“癌症”。当我们从整体上考虑社区卫生需求的时候，往往会忽视精神疾病波及的广度，因此也就

注意不到对各类干预手段的需求——包括心理治疗。由于精神障碍繁多的类属及其对健康造成的影响，在所有医疗保险计划中纳入心理治疗不仅对于罹患原发精神疾病的患者而且对于罹患躯体疾病伴发精神问题的患者来说都可能节省出庞大的开支。

■ 精神疾病

在美国，未住院的成人群体中约有50%会在他们生命中的某一时点罹患一种精神障碍，而精神疾病患者接受治疗的比例却不足50%(Kessler 等，1994)。在寻求帮助的精神疾病患者中，只有三分之一会找精神卫生工作者就诊。我们经常会忘记焦虑障碍是最常见的精神疾病，它在成人中的年患病率为17%，而终生患病率可达到25%。情感障碍的终生患病率为19%；其中，抑郁症最为常见(17%)。大约40%的城市居民经历过严重的创伤，其中有四分之一发展为创伤后应激障碍(Breslau 等，1991)。儿童的心理问题也不少。心境障碍在儿童中约占17%(Kashani 和 Simonds，1979)。在青少年中，抑郁症的患病率为4%，恶劣心境的患病率为5%(Whitaker 等，1990)。自杀是青少年男性的第二大死因(疾病控制中心，1986)。据估计，每年用于精神疾病和物质滥用的花费——包括治疗费用、法律实施的费用、死亡和生产力下降——已经达到2730亿美元(Rice 等，1990)。一项研究估算出，单就抑郁症而言，每年的花费可达437亿美元(Greenberg 等，1993)。

■ 心理治疗的贡献

心理治疗对许多精神疾病的患者是必要的。对于抑郁患者可以是决定性的治疗方法，尤其是那些不能服用抗抑郁药的患

者，比如，孕期和哺乳期的母亲、一些老年抑郁患者以及一些合并躯体疾病的抑郁患者。美国自 1987 至 1997 年间，心理治疗来访率保持不变，但每位患者的来访次数却有降低。1997 年，有 10.3%的患者接受了 20 次或 20 次以上的访谈，而在 1987 年则为 15.7%。1997 年，门诊心理治疗耗资 57 亿美元，共涉及约 1000 万美国人（Olfson 等，2002）。

抗抑郁药物改善了抑郁症患者的自主神经症状，而心理治疗则改善了他们的人际和自尊问题（DiMascio 等，1979；Klerman 等，1974）。在抑郁症的维持治疗期，即使人际心理治疗的频率每月只有 1 次，也会使预防复发的周期延长至安慰剂组的 2 倍左右（Frank 等，1991）。对 50%左右有工作能力缺陷的抑郁症患者来说，延续心理治疗通常也是非常关键的。这些工作能力缺陷需要更长期的治疗——心理治疗、药物治疗或者联合治疗（Mintz 等，1992）。许多研究显示，对于具有完美主义特征的抑郁症患者，延续的动力学心理治疗比其他治疗方法更为有效，包括药物治疗（Blatt 等，1995）。来自安娜·弗洛伊德中心（Target 和 Fonagy，1994）以及其他来源的研究（Leichsenring 和 Leibing，2003；Milrod 等，2000）已经证实心理治疗对儿童以及患有严重抑郁症、人格障碍或焦虑障碍的成人有效。青少年抑郁患者服用抗抑郁药通常疗效不明显，因此心理治疗对这一群体尤为重要（Ryan，1992）。很多研究也发表了有关心理治疗对抑郁患者效-价比的文献资料（Cooper 等，2003；Edgell 等，2000；Huxley 等，2000；Lave 等，1998；Von Korff 等，1998）。

精神药物有助于缓解创伤后应激障碍患者麻木和疏离的症状。而延续心理治疗则对恢复工作和人际能力有益（Lindy，1993）。研究证实，边缘型患者需要至少 1 年、最好是 2.5 年的强化心理治疗（intensive psychotherapy）。对于这一难治性群体而言，此种治疗可以增强工作能力，降低自杀率、医疗花费、精神科住院率和急诊就诊率（Heard，1994；Hoke，1989；Linehan

等，1991、1993；Stevenson 和 Meares，1992）。其他一些研究发表了对边缘型患者进行心理治疗的效-价比（Clarkin 等，2001；Hall 等，2001；Meares 等，1999）。有项研究表明：较焦虑或抑郁的患者，边缘型患者需要更长期的心理治疗方能显现疗效（Howard 等，1986）。多重人格障碍的患者也常常会有早年遭受虐待和创伤的历史。一项研究指出，解决人格的裂解需要每周 2 次、至少持续 2.5 年的心理治疗，而且之后需要继续治疗（Kluft，1988）。在延续治疗之后，这些患者用于住院的医疗花费大幅减少（Kluft，1988）。

精神分裂症患者也能在心理治疗中受益。已证实，家庭治疗尤其具有很高的效-价比，因为家庭治疗会减少复发和住院。一项研究显示，单家庭治疗（single-family psychotherapy）的成本效益比（治疗花费与住院费用的比值）为 1∶17，而多家庭治疗（multiple-family psychotherapy）为 1∶34（McFarlane 等，1995）。另外一些研究也报导了对精神分裂症患者采用心理治疗进行心理社会干预所带来的效-价比（Brooker，1994；Lieberman 等，1986；Rund 等，1994；Tarrier 等，1989、1991）。

■ 心理治疗与内科疾病

内科和外科疾病患者尤其有罹患精神疾病的风险。因此，他们可能需要专业的心理治疗。内科和外科疾病患者较其他人群有更高的焦虑和抑郁发病率。有 11%的内科住院患者和 6%的到初级保健机构就诊的患者罹患抑郁症（Katon 和 Sullivan，1990）。有一半的癌症患者罹患精神疾病。对乳腺癌转移患者进行为期 1 年的动力学心理治疗，发现恶心、疼痛、抑郁和焦虑等症状会有所缓解，并且存活率大有提高（Spiegel 等，1989）。时程再短一些的心理治疗也会增加恶性黑色素瘤患者的存活率（Fawzy 等，1990、1993）。相似地，与没有接受心理治疗的对照

组相比，在 15 周住院期间接受每周 3～4 次心理治疗的糖尿病儿童，之后其躯体状况会更加稳定(Moran 等，1991)。

疗效欠佳的内科患者比疗效良好的内科患者要多花近两倍的费用(Browne 等，1990)。研究显示，通过联络会诊服务进行短程心理治疗干预可以降低躯体化障碍患者(G. Smith 等，1986)、髋部骨折的老年患者(Strain 等，1991)和有抑郁症状的内科疾病患者(Verbosky 等，1993)的医疗费用。(心理治疗的优点与特征见表 1-1)。有一项针对慢性疾病患者的研究显示，门诊患者的心理治疗可以降低医疗费用(Schlesinger 等，1983)。另一项研究证实患者在接受心理治疗后可以节省全部医疗费用的 10%～33%(Mumford 等，1984)。随着心-身交互作用的佐证与日俱增，我们不再惊诧于心理治疗对内科疾病患者的情绪和躯体舒适所产生的奇特功效。Baxter 等(1992)证实，接受心理治疗的强迫症患者服用盐酸氟西汀治疗的强迫症患者，在治疗后采用正电子发射断层扫描检查患者头部，结果发现两组患者脑部变化相似。

表 1-1. 心理治疗的优点与特征

疗效与许多医疗方法相似
是针对许多障碍的医疗计划的一部分
针对人际和行为方面的症状
是精神药物治疗的补充
是某些精神障碍的治疗选择
可减少总的住院治疗费用

几项大规模的保险精算研究强烈提示将心理治疗作为必须施行的医疗手段会减少开支。澳大利亚的门诊患者会很容易得到心理治疗服务，而该国心理卫生保健体系中每人的支出比新西兰低 44%，因为新西兰的体系以住院治疗为主，很少有门诊治疗(Andrews，1989)。武装部队的文职人员保健医疗计划

(CHAMPUS:美国的一项针对退役人员和军人家属的保险计划)的研究证实,门诊心理治疗每花费 1 美元就会为住院花费节省下 4 美元(Zients,1993)。在一项研究中,对疗效不佳的心理疾病患者进行为期 6 个月的心理动力学人际心理治疗后,患者的心理痛苦和社会功能得到了显著改善。由于其他卫生保健开支减少,用于心理治疗的费用在 6 个月内得以补偿(Guthrie 等,1999)。

有 3%的美国公众曾在门诊接受过心理治疗。那些选择长程心理治疗(大于 20 次访谈)的患者往往有更为强烈的痛苦、更差的总体健康水平、更多的总体医疗支出、更多的缺陷以及更有可能接受过精神药物治疗和住院治疗(Olfson 和 Pincus,1994)。此项结果说明这些患者是由于极度需要才接受心理治疗的,而不是像已经提示的那样,是想利用非常慷慨的保险服务。然而,即使医疗保险提供免费的心理治疗服务,被保险覆盖的人群中也只有 4.3%会利用它,而平均的治疗长度不过 11 次访谈(Manning 等,1986)。

■ 小结

心理治疗是一种有力而且有效的医疗方法。(更详尽的资料综述,见 Lazar,1997)对很多精神疾病患者而言,心理治疗是一种必要的疗法;对于某些内科和外科疾病患者,心理治疗可以改善生活质量,甚至延长生命。而且,当前的资料提示,心理治疗是一重要工具,可在总体上控制医疗支出,尤其是精神科住院治疗的费用。在如今注重开支的大气候下,心理治疗应当作为所有医疗保险政策和公共服务医疗保健计划中的一部分而给予支持。即使已顺利完成了一些复杂的研究,有关不同心理治疗方法的特定疗效和疗效差异的资料仍然十分有限,也许在一段时期内难以获得。现有可获得的资

料包括有关对某些精神疾病的长程心理动力学心理治疗、短程心理动力学心理治疗、源于心理动力学心理治疗的人际心理治疗以及应用心理动力学原理的支持性心理治疗，这些资料提示在临床医生的医疗规划中，心理动力学心理治疗是重要的、有价值的并且有良好的效-价比。心理动力学心理治疗的技能应当是临床医生培训和干预技能的重要组成部分。本书可视为获得这些技能的敲门砖。

参考文献

Andrews G: Private and public psychiatry. Am J Psychiatry 146:881–886, 1989

Baxter C, Schwartz S, Berman K, et al: Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. Arch Gen Psychiatry 49:681–689, 1992

Blatt S, Quinlan D, Pilkonis P, et al: Impact of perfectionism and need for approval on the brief treatment of depression: the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program revisited. J Consult Clin Psychol 63:125–132, 1995

Breslau N, Davis G, Andreski P, et al: Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. Arch Gen Psychiatry 48:216–222, 1991

Brooker C, Falloon I, Butterworth A, et al: The outcome of training community psychiatric nurses to deliver psychosocial interventions. Br J Psychiatry 165:222–230, 1994

Browne G, Arpin K, Corey P, et al: Individual correlates of health service utilization and the cost of poor adjustment to chronic illness. Med Care 28:43–58, 1990

Centers for Disease Control: Suicide Surveillance, 1970–1980. Atlanta, GA, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, 1986

Clarkin JF, Foelsch PA, Levy KN, et al: The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: a preliminary study of behavioral change. J Personal Disord 15:487–495, 2001

Cooper PJ, Murray L, Wilson A, et al: Controlled trial of the short and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression, I: impact on maternal mood. Br J Psychiatry 182:412–419, 2003

Crits-Christoph P: The efficacy of brief dynamic psychotherapy: a meta-analysis. Am J Psychiatry 149:151–158, 1992

DiMascio A, Weissman MM, Prusoff BA, et al: Differential symptom re-

duction by drugs and psychotherapy in acute depression. Arch Gen Psychiatry 36:1450–1456, 1979

Edgell ET, Hylan TR, Draugalis JR, et al: Initial treatment choice in depression: impact on medical expenditures. Pharmacoeconomics 17:371–382, 2000

Fawzy F, Kemeny M, Fawzy N, et al: A structured psychiatric intervention for cancer patients, II: changes over time in immunological measures. Arch Gen Psychiatry 47:729–735, 1990

Fawzy F, Fawzy N, Hyun C, et al: Malignant melanoma. Arch Gen Psychiatry 50:681–689, 1993

Frank E, Kupfer D, Wagner E, et al: Efficacy of interpersonal psychotherapy as a maintenance treatment of recurrent depression: contributing factors. Arch Gen Psychiatry 48:1053–1059, 1991

Greenberg P, Stiglin L, Finklestein S, et al: The economic burden of depression in 1990. J Clin Psychiatry 54:405–418, 1993

Guthrie E, Moorey J, Margison F, et al: Cost-effectiveness of brief psychodynamic-interpersonal therapy in high utilizers of psychiatric services. Arch Gen Psychiatry 56:519–526, 1999

Hall J, Caleo S, Stevenson J, et al: An economic analysis of psychotherapy for borderline personality disorder patients. J Ment Health Policy Econ 4:3–8, 2001

Heard H: Behavior therapies for borderline patients. Paper presented at the annual meeting of the American Psychiatric Association, Philadelphia, PA, May 21–26, 1994

Hoke L: Longitudinal pattern of behavior in borderline personality disorder. Unpublished doctoral dissertation, Boston University, Boston, MA, 1989

Howard K, Kopta S, Krause M, et al: The dose-effect relationship in psychotherapy. Am Psychol 41:159–164, 1986

Huxley NA, Parikh SV, Baldessarini RJ: Effectiveness of psychosocial treatments in bipolar disorder: state of the evidence. Harv Rev Psychiatry 8:126–140, 2000

Kashani J, Simonds J: The incidence of depression in children. Am J Psychiatry 136:1203–1205, 1979

Katon W, Sullivan M: Depression and chronic medical illness. J Clin Psychiatry 56 (suppl):3–11, 1990

Kessler R, McGonagle K, Zhao S, et al: Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Arch Gen Psychiatry 51:8–19, 1994

Klerman G, DiMascio A, Weissman M, et al: Treatment of depression by drugs and psychotherapy. Am J Psychiatry 131:186–191, 1974

Kluft R: The postunification treatment of multiple personality disorder: first findings. Am J Psychother 42:212–228, 1988

Lave J, Frank R, Schulberg H, et al: Cost-effectiveness of treatments for major depression in primary care practice. Arch Gen Psychiatry 55:645–651, 1998

Lazar SG (ed): Extended dynamic psychotherapy: making the case in an era of managed care. Psychoanalytic Inquiry 17 (special suppl):1–110, 1997

Leichsenring F, Leibing E: The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis. Am J Psychiatry 160:1223–1232, 2003

Lieberman RP, Mueser KT, Wallace CJ: Social skills training for schizophrenic individuals at risk for relapse. Am J Psychiatry 143:523–526, 1986

Lindy J: Presentation to the Mental Health Work Group of the White House Task Force for National Health Care Reform. Unpublished manuscript, Washington, DC, 1993

Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, et al: Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. Arch Gen Psychiatry 48:1060–1064, 1991

Linehan MM, Heard HL, Armstrong HE: Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. Arch Gen Psychiatry 50:971–974, 1993

Manning W, Wells K, Duan N, et al: How cost sharing affects the use of ambulatory mental health services. JAMA 256:1930–1934, 1986

McFarlane W, Lukens E, Link B: Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 52:679–687, 1995

McNeilly CL, Howard KI: The effects of psychotherapy: a reevaluation based on dosage. Psychotherapy Research 1:74–78, 1991

Meares R, Stevenson J, Comerford A: Psychotherapy with borderline patients, I: a comparison between treated and untreated cohorts. Aust N Z J Psychiatry 33:467–472, 1999

Milrod B, Busch F, Leon AC, et al: Open trial of psychodynamic psychotherapy for panic disorder: a pilot study. Am J Psychiatry 157:1878–1880, 2000

Mintz J, Mintz LI, Arruda MJ, et al: Treatments of depression and the functional capacity to work. Arch Gen Psychiatry 49:761–768, 1992

Moran G, Fonagy P, Kurt A, et al: A controlled study of the psychoanalytic treatment of brittle diabetes. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 30: 926–935, 1991

Mumford E, Schlesinger HJ, Glass GV, et al: A new look at evidence about reduced cost of medical utilization following mental health treatment. Am J Psychiatry 141:1145–1158, 1984

Olfson M, Pincus H: Outpatient psychotherapy in the United States, I: volume, costs and user characteristics. Am J Psychiatry 151:1281–1288, 1994

Olfson M, Marcus SC, Druss B, et al: National trends in the use of outpatient psychotherapy. Am J Psychiatry 159:1914–1920, 2002

Rice D, Kelman S, Miller L, et al: Report on the Economic Costs of Alcohol and Drug Abuse and Mental Illness: 1985. Washington, DC, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration, 1990

Rosenthal R: How are we doing in soft psychology? Am Psychol 45:775–

777, 1990

Rosenthal R, Rubin DB: A simple, general-purpose display of magnitude of experimental effect. J Educ Psychol 74:166–169, 1982

Rund BR, Moe L, Sollien T, et al: The Psychosis Project: outcome and cost-effectiveness of a psychoeducational treatment programme for schizophrenic adolescents. Acta Psychiatr Scand 89:211–218, 1994

Ryan N: The pharmacologic treatment of child and adolescent depression. Psychiatr Clin North Am 15:29–40, 1992

Schlesinger H, Mumford E, Glass G, et al: Mental health treatment and medical care utilization in a fee-for-service system. Am J Public Health 73:422–429, 1983

Smith G, Monson R, Ray D: Psychiatric consultation in somatization disorder. N Engl J Med 314:1407–1413, 1986

Smith ML, Glass GV, Miller TI: The Benefits of Psychotherapy. Baltimore, MD, Johns Hopkins University Press, 1980

Sonnenberg SM, Sutton L, Ursano RJ: Physician-patient relationship, in Psychiatry. Edited by Tasman A, Kaye J, Lieberman J. Philadelphia, PA, WB Saunders, 1996, pp 41–49

Spiegel D, Bloom J, Kraemer H, et al: Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. Lancet 2:888–891, 1989

Stevenson J, Meares R: An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder. Am J Psychiatry 149:358–362, 1992

Strain JJ, Lyons JS, Hammer JS, et al: Cost offset from a psychiatric consultation-liaison intervention with elderly hip fracture patients. Am J Psychiatry 148:1044–1049, 1991

Target M, Fonagy P: Efficacy of psychoanalysis for children with emotional disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 33:361–371, 1994

Tarrier N, Barrowclough C, Vaughn C, et al: Community management of schizophrenia. A two-year follow-up of a behavioural intervention with families. Br J Psychiatry 154:625–628, 1989

Tarrier N, Lowson K, Barrowclough C: Some aspects of family intervention in schizophrenia, II: financial considerations. Br J Psychiatry 159:481–484, 1991

Verbosky L, Franco K, Zrull J: The relationship between depression and length of stay in the general hospital patient. J Clin Psychiatry 54:177–181, 1993

Von Korff M, Katon W, Bush T, et al: Treatment costs, cost offset, and cost-effectiveness of collaborative management of depression. Psychosom Med 60:143–149, 1998

Whitaker A, Johnson J, Shaffer D: Uncommon troubles in young people: prevalence estimates of selected psychiatric disorders in a nonreferred adolescent population. Arch Gen Psychiatry 47:487–496, 1990

Zients A: Presentation to the Mental Health Work Group of the White House Task Force for National Health Care Reform. Unpublished manuscript. Washington, DC, 1993

2 基本原则

行为(behavior)包括思维、情感、幻想和行动(actions),对健康有着直接和间接的作用。精神疾病是行为的紊乱,其发病率和死亡率在逐年增加。心理问题通常会限制个体审视选择和做出选择的能力。患者的情感、思维和行动常常是受限的、痛苦的和重复的。心理治疗,即"谈话治疗",是一种医疗手段,旨在通过语言工具来改变患者的行为。通过谈话,心理治疗提供了理解、支持和全新的经验,这些会给患者带来新的学习。所有心理治疗的目标都是要扩展患者可利用的行为,以此来缓解症状并改变导致发病率和潜在死亡率增高的模式。

我们需要一种广泛而综合的健康与疾病观来理解行为和健康的关系。心理治疗的靶器官是脑。情感、思维和行为是脑的基本功能。因此,如果心理治疗要使行为发生改变,它一定会在某种基础水平上改变脑的功能和组织(Kandel,1999;Meany,2001)。如果某种特定行为源自神经元 A 激活了神经元 B,那么,要改变这种行为,神经元 A 现在就必须改为激活神经元 C。这个简单的例子强调,要重视对心理治疗的复杂生物学效应的认识。

行为改变可能源自脑内直接的生物效应(如毒素、肿瘤)、在成熟过程中生物学特性的自然展现或是过去和现在的生活经验与生物学素质交互作用的结果。心理治疗本身是一种生活经验,而且它也可以是一种方法,通过"外在"改变"内在"。目前,

我们才刚刚开始理解这一过程——外在如何影响内在——的科学基础（Kandel，1999；Meany，2001；Ursano 和 Fullerton，1991）。例如，回想一下你曾看过的一幅格式塔图，比如一幅美女-巫婆图。开始的时候，或许美女的形象是唯一清晰可见的图像。但是给你指出某些阴影部分之后，有可能看到的不再是美女的面孔，而是巫婆的下巴。传入你脑内的信息总量并没有变化；改变的是你组织信息的方式。组织信息的方式能使你体验到更广的意义，能够表现更多的行为。

广泛的婴儿系统（活动水平、唤起和脑的神经化学）会受到母-婴交互作用的调节和深刻的影响（Hofer，1984）。而且，成人社会关系的广度也频频影响行为以及发病率和死亡率（House等，1988）。例如，在他人陪伴并提供支持的时候，恐怖症患者常常能够接近令他恐怖的客体。为什么？另一个人的存在带来了怎样的脑功能变化从而引起了这种深刻而又常见的行为改变呢？心理的、象征的和表象的活动事件——包括希望、恐惧、记忆、期待和幻想——也充当了重要的生物调节者，如同现实的生命活动所起的作用那样。

我们对外部世界（心理治疗）如何能够改变内部世界（生物特性）的理解正在深入，但是仍处于这一理解过程的婴儿阶段（Meany，2001）。心理治疗的基础科学所关心的问题不再是组织、意义、记忆、期望和人际接触是否会影响健康和行为，而是它们怎样影响以及在多大程度上影响健康和行为。

■ 心理动力学心理治疗的焦点

不同的心理治疗针对心理功能的不同方面以寻求改变。心理动力学（精神分析取向的）心理治疗关注的重心是过去的经验对塑造行为和期待模式的影响，通过处理那些重复出现、扰乱健康的特定认知（防御）和人际互动与人际感知方式（移情）来发挥

治疗作用(表 2-1)。

表 2-1. 心理动力学心理治疗

焦点

过去的经验对当前行为(认知、情感、幻想和行动)的影响

目标

对患者防御机制和移情反应的理解,尤其当它们发生在医-患关系中时

技术

治疗联盟

自由联想

防御和移情解释

连续的访谈

疗程

数月到数年

个体的过去通过两个层面存于现在,即记忆层面和生物学层面。期待——被预期的现在和未来——由个体过去的经验和生物学特性形成。同样,患者隐喻地使用语言的方式也许反映了一种特定的、形成于过去又影响现在的知觉和行为的组织(情感、思维和行为丛)。在探索事件及其背景的过去和现在的意义时,心理动力学心理治疗师旨在改变行为的组织者,对它如何组织信息和经验进行重建。

心理动力学心理治疗(也称精神分析心理治疗、探索性心理治疗和内省取向的心理治疗)是一种用于精神障碍的治疗方法,通过语言的交流来改变行为。心理动力学心理治疗与其他心理治疗在一般定义上有共通之处:主要通过语言来达成两个人的互动,其中一人是施助者,另一人是受助者。治疗的目标是阐明患者生活中的特征性问题;希望带来行为的改变。心理动力学

心理治疗采用专门的技术及对心理功能的特殊理解来指引治疗和治疗师的干预。如同其他的医学疗法，心理动力学心理治疗也有其适应证和禁忌证。

尽管心理动力学心理治疗的战略目标是改变症状和行为从而缓解痛苦并降低发病率和死亡率，但是，每时每刻的目标却差异很大。就像外科手术，其战略目标是移除病灶、止血和止痛，但并非是这些战略目标在指导实际的手术操作。手术中，外科医生的操作有时反而会引起出血和疼痛，但这些技术操作程序却在将外科医生引向总体目标的实现。与之相似，在心理动力学心理治疗中，治疗师要理解疾病过程的动力以及特定的干预最终带来康复的机制，以此来确定治疗过程中不同时刻的战术。

心理动力学心理治疗以最初由西格蒙德·弗洛伊德创立的心理功能的原理和心理治疗的技术为基础。弗洛伊德先是应用催眠疗法，后来转向了自由联想，后者是理解未意识到的（潜意识的）冲突的方法，这些冲突源于心理发展过程，并延续进入成人的生活。此类冲突是行为的模式，即在儿童期植入脑中的情感、思维和行为的模式。它们是个体发展史与生物学素质综合作用的结果。

通常，这些潜意识冲突发生在力比多或攻击愿望与对丧失或报复的恐惧之间、力比多或攻击愿望与现实世界强加的限制之间或是冲突愿望之间。力比多愿望最好被理解为对性满足和情感满足的渴望。而攻击愿望则是破坏性愿望，它可以是原发的，或者继发于挫败或剥夺感（Ursano 等，1990）。心理治疗初学者常常会将力比多愿望这一老概念与特指的生殖器情感的概念相混淆。在心理动力学治疗中的*性满足*是躯体快乐的广义概念——自婴儿期体验到的兴奋和快乐状态。患者在谈幸福、兴奋、愉快、期望、爱或渴望时，所描述的就是力比多愿望。破坏性愿望、或在愤怒、仇恨和痛苦中体验快乐通常是攻击愿望的表达。

*神经症*冲突(源自过去[通常是儿童期]经历的冲突情感或矛盾情感,往往处于意识之外)会导致焦虑、抑郁和躯体症状;工作、社会或性能力的抑制;或适应不良的人际关系。这些潜意识的神经症冲突显然是行为的模式:情感、思维、幻想和行动。这些在儿童期习得的模式也许对患者儿童期的世界观来说是恰当的,对当时的生存是适应的甚至是必要的。即使这些行为最初对患者来说并不明显,但是通过心理治疗它们会变得清晰,它们在患者生活中的衍生内容也会变得明朗起来。

心理动力学心理治疗通常在本质上较精神分析更聚焦,更以此时此地为导向。然而,这两种技术的目标都是要理解患者冲突的性质——源自儿童期适应不良的行为模式(也称为*婴儿神经症*)——和这些冲突在成人生活中的作用。

心理动力学心理治疗的设置

心理动力学心理治疗可以是短程的(见第 13 章"短程心理治疗")、间断性的或长程的。间断性心理治疗为常见的范式,其形式为在较长时期内间断进行短程或支持性心理动力学心理治疗。由于时间、经济上的限制或患者不愿接受长程治疗,间断性心理治疗可能会很有必要。初始评估后,治疗师与患者可以一起来制订间断性心理治疗的计划并随时间推移逐渐展开实施,而且常常会合并药物治疗。这种心理治疗已十分普及,然而,它所提供的独特的成长机会以及所具有的局限性尚未得到充分认定,因此,还有待进一步研究。

心理动力学心理治疗可能会持续数月或数年。通常,长程治疗是不受限制的;在治疗的开始阶段不会确定治疗何时结束。治疗的长短取决于需要处理的冲突区的多少和治疗的进程。心理治疗的访谈次数通常为每周 1 次、2 次或 3 次,不过,在短程治疗中,标准频次是每周 1 次。频次高的访谈利于更细致地探

索患者的内部世界和更充分地发展移情。这种访谈在治疗过程中也会对患者提供支持。药物使用。药物治疗可以缓解生物学症状或生物调节紊乱,有证据表明心理治疗对这些问题没有效果。另外,药物治疗可以减轻持久且有害的症状,从而使患者能够参与到心理治疗中来,为的是在体验到更广的情感维度时能够学习新的行为并消除旧有的有害行为。在某些障碍中,药物治疗可以减轻原发的疾病过程,以便使心理治疗能够探讨疾病发作的条件、帮助患者免于复发、加快再适应和康复、促进整合并融入家庭和社区、减少发病率和死亡率。在心理治疗期间特别是在停用药物的时候,探讨服药对患者的意义十分重要。

■ 心理动力学心理治疗的技术

在心理动力学心理治疗中,主要通过两个过程带来行为的改变。一是理解源自儿童期的认知和情感模式(防御机制);二是理解在医患关系中被患者重新体验到的患者在儿童期与重要人物的冲突关系(移情)。治疗的焦点是复原和理解这些情感和知觉。治疗设置是用以促进这些模式以某种形式呈现,使它们可以被分析,而不是使这些模式与现实的医患关系混淆或被当成细枝末节忽略掉。

精神分析取向心理治疗成功的首要因素是,要让患者有参与感并对治疗关系保持信任。这一治疗联盟建立在基于现实的治疗要素之上,例如,朝向一个共同目标一起工作以及治疗师的一致性和可靠性。只有以良好的治疗联盟为参照系,患者才能看到移情并且体验到移情中的扭曲。

为了理解某种体验对患者的意义,临床医生需要共情地倾听患者正在尝试讲出的内容。患者所谈内容的焦点就是治疗需要解决的问题(Coleman,1968)。通常在患者迫切需要的时候才进行深入的解释和探讨——既不提前也不滞后于患者的思想

和感受。初学者经常认为他们一旦有所发现就应当马上告诉患者。并非如此！告诉患者的时机是治疗的技术要素；这个时机的确定需要慎重的思考和筹划。尽管实际的解析——将某种行为置于过去与现在的背景下并且与移情相联系后进行解释——是自发的，但这种“自发”也是有充分准备的。何时给予患者新的信息取决于何时患者能够倾听和理解治疗师所说的内容。

鼓励患者进行自由联想。这种鼓励可以很简单，只需告诉患者可以自由谈论他想谈的任何话题。治疗师的主要任务是倾听患者联想内容的潜在意义。这通常包括搞清一个联想画面与下一个联想画面的联系，或者倾听患者是怎样体验他所描述的某个特殊人物，或者患者是怎样体验与治疗师之间特有的互动的。倾听患者自由联想中的矛盾性常常可以开启通向潜意识冲突的大门并触探过去与患者曾有关联的人物。

一位患者在与女友分手后不久走进了心理治疗室，他说，“我想让她回到我身边。”如果我们能够听出这句话的双重含义——与她重新在一起或对她实施报复——那么尽管患者认为他只是在表达想重新与女友在一起的愿望，我们却不会惊诧于患者在访谈的结尾谈到他很特别的报复性幻想（患者的报复性幻想源自一部老电影。他幻想自己将一个葡萄柚“碾碎”在女友的脸上）。这些冲突的情感——渴求和憎恨——在访谈开始时就已被预言。这一长期以来对拒绝的反应模式与患者早年和母亲的相处经历相符。那时，他的母亲时而会认为儿子完全体谅她的感受，时而又会拿刀追赶他。尽管患者还没有做好心理上的准备来理解这种联系，但这种联系却已经显而易见。现在，这一模式已被观察到了，患者对它的认识也会慢慢增加。

治疗师会将移情体验为一种压力，迫使他以某种方式对待患者。对于初学者，更常见的情况是通过注意自己将要倒下的方向（就像学习滑雪）来识别移情！脑倾向于从现在看到过去、倾向于采用旧有的知觉模式和反应模式并将新的信息排除在

外，可以说明这种倾向的一个生动实例就是移情。当移情出现的时候，对患者来说那是非常真实的体验，而矛盾的信息则被他忽略。初学者往往不容易觉察到患者对治疗师的情感和知觉中隐含的不合理元素。通常，对治疗师的准确知觉是移情发生的种子。经过苦心培育，这粒种子得以萌芽成长，从而使潜意识显现。治疗师也许认为患者的知觉是准确的，却没有倾听出其中正在呈现的来自过去的元素。

探索移情就是逐渐深入地检验患者过去经历的人际关系的模式。对这种模式的检验完全属于理解患者内部世界——患者是怎样看待和体验人与事的，即患者的精神现实——的一种尝试。移情并非只出现于心理治疗的情境中。移情贯穿生活，并出现于各种医疗实践中。实际上，让某人来住院(一个不熟悉的环境)——脱掉衣服、没人知道他是谁并且衣食住行要听从别人的安排——是一种诱发移情的强有力的方式！心理治疗的独特之处是努力理解移情，并且当移情出现时去检验它而不是对它回避和忽视。

治疗师也可能会体验到指向患者的情感，它们来自治疗师的过去，这称为反移情。治疗师在生活中面临应激事件和未解决的冲突时，反移情会增加。反移情可以成为朋友，引导治疗师发现在医患关系中可能会经历的、却又容易被忽略的细微之处。反移情也可能成为障碍，阻碍治疗走向成功，导致治疗师对患者的觉察和倾听有误。

参考文献

Coleman JV: Aims and conduct of psychotherapy. Arch Gen Psychiatry 18:1–6, 1968

Hofer MA: Relationships as regulators: a psychobiologic perspective on bereavement. Psychosom Med 46:183–197, 1984

House JS, Landis KR, Umberson D: Social relationships and health. Science 241:540–545, 1988

Kandel ER: Biology and the future of psychoanalysis: a new framework for psychiatry revisited. Am J Psychiatry 156:505–524, 1999

Meany MK: Maternal care, gene expression and the transmission of individual differences in stress reactivity across generations. Annu Rev Neurosci 24:1161–1192, 2001

Ursano RJ, Fullerton CS: Psychotherapy: medical intervention and the concept of normality, in Normality: Context and Theory. Edited by Offer D, Sabshin M. New York, Basic Books, 1991, pp 39–59

Ursano RJ, Silberman EK, Diaz A Jr: The psychotherapies: basic theoretical principles, techniques and indications, in Clinical Psychiatry for Medical Students. Edited by Stoudemire A. New York, JB Lippincott, 1990, pp 855–890

补充阅读

Bruch H: Learning Psychotherapy: Rationale and Ground Rules. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1974

Fromm-Reichmann F: Principles of Intensive Psychotherapy. Chicago, IL, University of Chicago Press, 1950

Gabbard GO: Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice, 3rd Edition. Washington, DC, American Psychiatric Press, 2000

Huttenlocher PR: Neural Plasticity. Cambridge, MA, Harvard University Press, 2002

Luborsky L: Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: A Manual for Supportive Expressive Treatment. New York, Basic Books, 1984

Luborsky L, Crits-Christoph P: Understanding Transference: The Core Conflictual Relationship Theme Method, 2nd Edition. Washington, DC, American Psychological Association, 1998

McEwen BS: Plasticity of the hippocampus: adaptation to chronic stress and allostatic load. Ann N Y Acad Sci 933:265–277, 2001

Miller N, Luborsky L, Barber JP, et al (eds): Psychodynamic Treatment Research: A Handbook for Clinical Practice. New York, Basic Books, 1993

Stern DJ: The Developing Mind. New York, Guilford, 1999

Strupp H, Binder J: Psychotherapy in a New Key. New York, Basic Books, 1984

Sullivan HS: The Psychiatric Interview. New York, WW Norton, 1954

3 对患者的评估Ⅰ：评估、诊断和心理治疗处方

在对心理治疗患者的评估中，精神病学的评估是非常关键的——其重要性等同于甚至超过了对药物治疗患者的评估（Ursano 和 Silberman，1988）。在完成精神病学评估后才能决定是否可以进行心理治疗，像选择其他疗法那样，治疗师必须认真权衡利弊，考虑靶症状、疗程和并发症。心理动力学心理治疗可以采取短程、长程或间断的治疗方式。无论采取何种方式都必须考虑治疗构架并确定治疗目标。患者常常可以先接受短程心理动力学心理治疗，然后在疗效不充分时继续长程治疗或补充额外的短程治疗或是采取间断治疗，从而围绕首次访谈中就已突显的焦点问题进行工作。短程、长程或间断治疗的选择取决于问题的类型（是近来由于心理刺激因素所引发还是与个性有关）、社会支持的程度、障碍的广度（多中心的冲突还是单一的冲突）以及患者坚持治疗的程度及其偏好等实际问题。

心理动力学心理治疗的评估中，临床医生必须考虑患者的精神障碍是否存在器质性病因、是否需要药物治疗、出现不良后果的风险（自杀、杀人、离婚、中断工作）以及病情恶化的可能性。心理治疗的初学者在开始忙于接待众多的门诊患者时，可能会忽视这些考虑，由于评估失误而决定对患者实施心理治疗，但实际上个体心理动力学心理治疗并不适合这些患者或者他们根本

就不适合做心理治疗。

是否要做心理动力学心理治疗需要进行精神病学评估，除了询问患者外(所有医学评估中惯有的模式)，还包括两个重要技术:心理动力学倾听和心理动力学评估。具体内容详见后面的两个章节。对心理动力学倾听和心理动力学评估在技术层面上加以辨别非常重要，因为它们不仅限于心理动力学心理治疗，还可用于很多其他类型的治疗和干预。比如，在药物治疗管理、联络会诊评估和住院治疗中运用心理动力学倾听和心理动力学评估也是很关键的。在保健机构服务体系中仍牢记这一原则尤为重要。在保健机构的服务体系中，如果把心理动力学倾听和心理动力学评估仅仅视作心理动力学心理治疗评估所需要掌握的技术，而跟其他医疗实践无关的话，那么这些技术就可能被忽略掉。

心理动力学倾听要求精神科医生采取好奇的询问态度;精神科医生倾听意义、喻义、(心理)发展序列以及患者经历过的人际关系和医患互动关系方面的细微特征(Edelson，1993;Mohl，2003)。要特别注意现在和过去的经历，这些经历涉及:①情绪和愿望;②整个生命周期中处理各种情绪的方式(即，防御机制和认知模式)以及与周围环境健康的互动;③自尊调节;④人际关系。这四个方面反映了精神病理学的四种心理动力学视角:内驱力、自我功能、自体心理学和客体关系(表 3-1)。

表 3-1. 心理动力学视角

理论	焦点
内驱力理论	愿望和情绪
自我功能	防御机制、认知模式和人格中的健康部分
自体心理学	自尊调节
客体关系	人际关系的内化记忆
主体间性(intersubjectivity)和关系理论	主观体验和人际关系
依恋	婴儿或照料者依恋

用于心理动力学评估的资料来源于询问和心理动力学倾听。评估的目的是为了整合患者的主诉、现病史、既往史、家族史、发展史,包括任何创伤事件或是与惯常发展轨迹的偏离、精神状态检查结果、医患互动模式、移情以及精神科医生的反移情。通过评估,实现从心理动力学视角理解患者主观描述的、过去和现在的经历。这种心理动力学的解析(Perry 等,1987)从四种心理动力学视角对贯穿患者生命周期的、过去和现在的经历提供了整合的理解。根据心理动力学的解析,临床医生可以对潜在的医患互动、患者的防御模式和人际互动做出预测。

这样,评估过程就为评价精神疾病和精神损害的类型和程度、治疗方式的选择以及对心理治疗本身的指导提供了依据。在开始任何形式的治疗尤其是心理治疗之前,有些信息的获得十分重要,比如,患者罹患严重抑郁或躁狂的风险以及患者曾有过的自杀企图。没有这些信息的话,在比较艰难的治疗阶段,治疗师就很难对患者半夜来电或取消预约访谈的行为做出评估。另外,评估为心理治疗做好了铺垫。在一段有效的评估之后,患者会感到安全和被尊重,他相信自己最关心的问题也正是治疗师所关注的焦点,患者感到可以无所不谈。

患者常常感觉只有他会担心自己的躯体体征和症状以及自杀和杀人的想法与行动,当治疗师询问这些情况的时候,此类感觉就会减少。患者往往想知道医生是否会问这些问题。患者会根据治疗师是否询问这些特殊问题来判断治疗师是否在认真地倾听、是否关心他、或者医生是否认为这些话题毫不相干或太危险而不能谈论。重要人物和内科患者尤其对治疗师是否对他们做了彻底的评估保持着警惕。当患者认为躯体、行为的全部情况和所有的风险、利害关系都已被坦率、共情地探索时,他将会感到开始建立起以信任和相互尊重为核心的工作关系。这种工作关系的开始对于后续的治疗非常关键——这些工作涉及很多医患关系方面的扭曲。通常在治疗已经进行了很长一段时间后

（而且常常是在结束阶段）患者会坦言，治疗师曾经问过的一个问题、或治疗师在门口给他打招呼的特殊方式使他感到与治疗师一起工作是有可能的。

开始评估

治疗师与患者一见面，评估就开始了（Lazare 和 Eisenthal，1989；Lazare 等，1989）。如果是在门诊，治疗师最好做一下自我介绍，并向患者说明治疗师对患者问题的认识。治疗师不应该想当然地认为患者知晓当前的访谈是在做评估。相反，治疗师应该为访谈做好铺垫，解释他愿意花些时间逐渐深入了解患者的问题，并邀请患者能够告诉他更多的信息（表 3-2）。

表 3-2. 开始评估

目标

向患者说明评估的过程

建立安全的氛围和询问

通过评估以选择恰当的治疗

任务

评估危及生命的行为

评估病变的器质性病因

明确诊断

识别贯穿生命周期的冲突区

时程

访谈 1～4 次

技术

采用询问和倾听

倾听患者对开始治疗的恐惧

关注疾病的促发因素和寻求治疗的促发因素

评估通常需要1～4次访谈,但也可能需要更多次数的访谈。评估的长短取决于要花多长时间来搜集诊断和心理动力学评估所需要的信息并向患者说清楚开始治疗会面临的实际问题。通常,初学者会犯评估时间短、评估不彻底的毛病。当然,评估过程也不该没有必要地延长。否则,移情会先于治疗的开始而介入医-患互动。评估性访谈不像用以浮现移情和分析移情的治疗设置那样结构化。在评估过程中如果移情成为一种突出的阻抗,那就很难达成治疗契约。在这种情况下,移情可能需要通过解释加以处理,治疗师应在患者能理解和接受的水平谨慎解释。

如果临床医生只是做评估,而治疗需要转给另一位医生做的话,就要在考虑评估的同时,也考虑如何顺利结束评估,实用的做法是一开始就让患者知道整个计划。然后患者会决定自我暴露的程度——是否要打开心中那些一旦打开会因太痛苦而必须加以探索的部分。因为在培训和临床工作中会经常遇到这个问题,所以治疗师必须对其予以重视。或许有时候由不做心理治疗的临床医生完成初始评估既有利又重要,但这种情况并不多见。有时在评估中,患者需要一种明确、直接和面质的方式,这样他可以尽快进入他很需要的治疗。此时,不做心理治疗而只做评估的临床医生可以以一种智慧的方式更为自由地直言不讳。当发现有额外的情况出现,需要以后对此进行解释时,更有经验的治疗师也许会先做评估,以后再转变为解释和分析。

评估时,临床医生会采用两种方式收集资料:询问和安静的倾听(Silberman 和 Certa,2003)。必须运用这两种方式来收集所需资料。在对一位主诉抑郁的患者进行初始评估时,临床医生应当知道患者抑郁的程度和自杀的风险。通常,完成这样的评估不可避免地需要一些直接的询问。对生命构成威胁的信息必须尽早采集,以便获取所需的诊断资料。而其他既往信息则作为个人史的部分来收集。必须给患者时间和空间来描绘他内

心世界的画面，而且治疗师不应当染指画面的色彩。过分介入或过分沉默都可能会错失信息，也会使患者陷入不必要的混乱。

通常，治疗师的技巧体现在他如何收集病史和诊断资料上。治疗师越有技巧，就越能理解患者—接近患者—因此也就越能与更多的患者工作。有经验的治疗师能够与社会经济阶层、性别、种族、信仰、文化和情绪等方面存有差异的各类患者建立起和谐的关系。然而，任何治疗师也会经验某些治疗师-患者之间的差异，这些差异使他们无法与患者建立连接，在这种情况下，他们会将患者转介给另一位临床医生。

在首次访谈中，治疗师应当倾听患者对开始治疗的恐惧。当这些恐惧浮现并由患者讲出来的时候，宜尽早探索它们。当治疗师"倾听到"、尊重并探索这些恐惧的时候，患者会感到更安全，并且更有兴趣继续接受评估和治疗。另外，讲明这些恐惧将更有利于治疗师对任何不利的治疗终止做出解释。在治疗开始前的评估阶段，患者脱落的情况并不少见。这是将此阶段视为*候选*阶段的原因之一（在临床实践中，大约50%的患者会在第5次治疗前脱落）。早期的脱落可能是因为对寻求帮助的防御、移情反应、认为治疗不对路或是由于评估带来了症状的缓解（Malan等，1973）。

第一次访谈结束时，临床医生通常会做出下一步的工作计划。是否需要进一步做器质性因素的排查？在鉴别诊断中是否要考虑排除精神病的可能？现在或将来有无对生命构成威胁的问题？此时，治疗师应当向患者说明评估大概还需要多少次访谈，以便患者对接下来的进程心中有数。

入选标准

对神经症水平患者的治疗中，心理动力学心理治疗疗效最佳。这些神经症水平患者的冲突可以追溯到俄狄浦斯期，并且

体验为内在的冲突。尽管DSM-Ⅳ-TR(美国精神病协会,2000)的诊断并没有根据冲突的发展水平(或防御的成熟水平)进行分类,某些类型的障碍仍较其他类型更有可能表现为源自俄狄浦斯期的冲突。DSM-Ⅳ-TR中以神经症冲突为主的障碍包括强迫障碍、焦虑障碍、转换障碍、心理生理障碍、心境恶劣障碍、轻中度心境障碍、适应障碍以及轻中度人格障碍。那些有心理学头脑、能观察情感而不在情感上见诸行动以及那些能通过理解来缓解症状的患者通常会在心理动力学心理治疗中获益(表3-3)。有支持性环境——家庭、朋友、工作——的患者恢复得更好,因为治疗中的收获会在支持性环境中被强化。这样的患者不需要非得从治疗师那里获得支持来减少生活中或治疗中面临的压力。

表3-3. 患者入选标准

患者	
	神经症水平的障碍
	心理学头脑
	能观察情感而不在情感上见诸行动
	能通过理解来缓解症状
环境	
	支持性环境
治疗师-患者	
	良好的治疗师-患者匹配

更严重的患者——抑郁症、精神分裂症或边缘型人格障碍患者也可以接受心理动力学心理治疗,并且经常辅以心理社会支持和干预。对这些患者而言,治疗往往是朝向改变发病的条件,促进再适应和恢复,并融入社区。在心理动力学心理治疗中,可以通过药物以及与治疗师面对面的访谈中给予更多的支

持和对现实的反馈来处理此类患者的退行倾向。存在严重的前俄狄普斯期病理问题的患者并不适合选做心理动力学心理治疗。这类病理问题可能表现为难以形成支持性的二元关系、存在严重的剥削关系、混乱的生活方式或有大量的(或危险的)见诸行动。这些患者很难满足心理动力学心理治疗的基本要求——足够强的观察性自我和有能力建立起支持性的治疗关系。

尽管心理学头脑很重要,智力本身却不是入选的标准;事实上,智力有可能反映的是一种高度组织化的强迫性性格结构,对后者的治疗可能很有难度。社会经济阶层也无法很好地预示治疗将会成功与否。与不同社会经济阶层的患者工作的能力——即能够走进生活经验迥异的各类患者的内心世界——通常是治疗师的任务和技能的一部分。因此,患者-治疗师的匹配就非常重要了,尤其在治疗的开始阶段和治疗联盟建立的过程中。总体而言,如果患者对治疗师有好感、症状持续时间不长并且正在寻求对面临问题的理解和症状的缓解,那么他们获得的疗效最好。评估阶段做尝试性解释有助于了解患者如何运用理解来缓解症状以及在多大程度上患者感受到解释带来的理解既是支持性的又是有帮助的(Malan,1980)。

参考文献

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000

Edelson M: Telling and enacting stories in psychoanalysis and psychodynamic psychotherapy. Psychoanal Study Child 48:293–325, 1993

Lazare A, Eisenthal S: Clinician/patient relations, I: attending to the patient's perspective, in Outpatient Psychiatry. Edited by Lazare A. Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1989, pp 125–136

Lazare A, Eisenthal S, Frank A: Clinician/patient relations, II: conflict and negotiation, in Outpatient Psychiatry. Edited by Lazare A. Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1989, pp 137–157

Malan DH: Toward the Validation of Dynamic Psychotherapy. New York,

Plenum, 1980
Malan DH, Heath ES, Baral HA, et al: Psychodynamic changes in untreated neurotic patients, II: apparently genuine improvement. Arch Gen Psychiatry 32:110–126, 1973
Mohl PC: Listening to the patient, in Psychiatry, 2nd Edition. Edited by Tasman A, Kay J, Lieberman JA. New York, Wiley, 2003, pp 3–18
Perry SW, Cooper AM, Michels R: The psychodynamic formulation: its purpose, structure, and clinical application. Am J Psychiatry 144:543–550, 1987
Silberman EK, Certa K: The psychiatric interview: settings and techniques, in Psychiatry, 2nd Edition. Edited by Tasman A, Kay J, Lieberman JA. New York, Wiley, 2003, pp 30–51
Ursano RJ, Silberman EK: Individual psychotherapies, in The American Psychiatric Press Textbook of Psychiatry. Edited by Talbott JA, Hales RE, Yudofsky SC. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1988, pp 855–889

补充阅读

Bergen AE, Garfield SL (eds): Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. New York, Wiley, 1994
Brook HE: Empathy: misconceptions and misuses in psychotherapy. Am J Psychiatry 145:420–424, 1988
Levinson D, Merrifield J, Berg K: Becoming a patient. Arch Gen Psychiatry 17:385–406, 1967
Malan DH: Individual Psychotherapy and the Science of Psychodynamics. London, Butterworths, 1979
Sonnenberg SM, Ursano AM, Ursano RJ: Physician-patient relationship, in Psychiatry, 2nd Edition. Edited by Tasman A, Kay J, Lieberman JA. New York, Wiley, 2003, pp 52–63
Strupp HH, Hadley SW: Negative effects and their determinants, in Negative Outcome in Psychotherapy and What to Do About It. Edited by Mays DT, Franks CM. New York, Springer, 1985, pp 20–55

4

对患者的评估Ⅱ：心理动力学倾听

心理动力学倾听患者是心理动力学心理治疗的核心，它具有多种用途。在心理动力学心理治疗或支持性心理治疗的评估中以及在形成心理动力学评估以帮助建立药物治疗依从性的过程中，都需要这种倾听方式。心理动力学倾听在联络会诊评估、住院患者评估以及以帮助精神病患者选择恰当药物治疗为主要目标的评估中同样有用。

什么是心理动力学倾听呢？回答这个问题并不容易，即使富有经验的精神分析和心理动力学心理治疗培训师也可能会强调不同的方面。本章将尝试整合多种学派的思想——尝试引用当代反映人类心灵本性的主要观点以及如何根据这些观点来倾听健康与功能失调的证据。

四种心理学

当今，在对心理功能的心理动力学理解中运用了四种主要的心理学视角（Chessick，1989；Detrick 和 Detrick，1989；Pine，1988；Pulver，1993）。它们是内驱力理论、自我心理学、自体心理学和客体关系理论（表 4-1）。

表 4-1. 心理功能的四种心理动力学

心理学	主要概念
内驱力理论	以生物学为基础的本能(力比多或攻击性)占主要地位 现代观点：愿望 性(躯体)发展是冲突区的一个重要决定因素
自我心理学	对内驱力的适应和调节占主要地位 防御机制 心理功能的非冲突区是资源(例如智力、感知能力、记忆)
自体心理学	自尊和自我价值的调节 早期亲子关系是重要的 分离或个体化是重要的发展任务
客体关系理论	对过去重要人物的记忆构建了愿望、行为、感知和意义 在关系的背景中发展

根据内驱力理论，某些与生俱来的、以生物学为基础的本能使得人类在发展的不同阶段有着不同的愿望。例如，根据内驱力理论学者的观点，青春期男孩想结识女性朋友、想与她成双入对、之后又想与她有性行为的愿望体现了以本能为基础的过程。尽管许多内驱力理论学者不再从字面上采用本能和内驱力的观点，但性驱力的隐喻性概念——内含爱与性的愿望的内驱力——仍被视作人类思维、情感和行为中一种核心的驱动力量。

第二种心理动力学视角是自我心理学。这一心理功能的理论认为，心理能力在心理成长过程中逐渐获得，它包括调节和控制内驱力的能力。有时，这种调节过程包括通过运用防御机制将愿望保持在意识察觉范围之外。有关防御机制的内容在本书其他章节有描述(参见第 7 章“阻抗与防御”)。有时候，控制会涉及意识到一个人的愿望以及实现这些愿望的活动和思想。如是，自我心理学家研究的是个体的思维方式、认知风格、防御机制、促进或阻碍愿望实现的活动以及能够为发

展提供资源和力量的、心理功能的无冲突区（例如智力、感知能力、记忆）。

自体心理学作为心理功能的第三种心理动力学视角，强调为了理解个体，有必要去了解他自尊的发展史以及当前自尊的调节方式。这条心理发展路线聚焦于早期亲子关系——尤其是父母以何种方式让年幼的孩童感受到他们自己、他们的独立性和他们的价值。在以后的生活中，带着可抵御生活中正常失望的自我价值感，能够作为一个独立的人有效发挥功能，这是此发展领域中健康经验的体现。

客体关系理论是第四种心理动力学理论，它聚焦于对过去重要人物和自身的一系列记忆——在某人心灵内部不同个体的画面，包括自体及其生活中曾经的重要他人。这些个体可能包括某人原生家庭的成员、亲密朋友、配偶、孩子和老师。所需要的条件是：这些人对他很重要，并且在他心灵内部储存了对每个人一系列有组织的记忆。根据客体关系理论，如果只是从内驱力、防御（自我心理学）和自尊的视角，而不考虑人类发展是发生在关系背景中，那就难以对个体进行有效的研究。这些关系塑造了刚才描述的记忆，这些对于关系的记忆推动个体渴望获得某种满足，并尝试以某些特定方式来满足那些愿望，所有这些都发生在与他人关系的背景中。

从这四种主要理论发展而来的还有另外几种理论观点。主体间视角认为，每个人的真相是非常个人化和独特的——当研究一个人的时候，不存在客观性或客观真实。因此，治疗关系是主体间互动和相互评估的演练，在其中，治疗师觉察和思考发生的一切，但这只是他自己的版本。人际视角聚焦于治疗师和患者的关系，在研究他们之间互动的时候较少强调患者的过去。其他视角集中于动机性理论，其方式不同于内驱力、自体和人际关系等更为传统的理论。

患者过去的关系模式通过移情转移到治疗师和患者现在的互动关系中，通过治疗师正确处理这种关系从而给患者一种体验，把这种新的体验运用到其他的关系中。

临床时刻和临床评估

上述简单的总结是要说明心理动力学治疗师以什么框架来倾听临床资料(Ches-sick,1989;Detrick 和 Detrick,1989;Pine,1988;Pulver,1993)。在会诊或治疗过程中,临床时刻是精神科医生在倾听患者的谈话时体验到(在他自己的心灵内部)的,在这个时刻,他运用四种心理学视角细致地审查患者的心理状态(表 4-2):

- 倾听者在思考:"此人有什么愿望? 这个愿望又是如何反映了他的基本愿望的发展——他的基本愿望的性质是什么?"(内驱力理论)
- 临床医生自问:"那些愿望处于何种状态? 是被防御于潜意识中,还是被允许进入了意识? 如果它们被意识到了,个体是否采取了有效的行动来实现这些愿望呢? 或者他在采用什么方式来阻止这些愿望的实现呢——第二层防御?"(自我心理学)
- 临床医生进一步思考:"此人现在是如何感受自己的? 他喜欢自己吗? 如果不的话,他是否能够忍受这些并对生活做出调整以便尽快重新喜欢自己? 他有能力靠自己调节自尊吗? 或者他需要利用别人来让自己感觉更好,有时候采取的方式缺少对别人的体谅?"(自体心理学)
- 最后,临床医生想知道:"此人心中重要的人物是谁? 他是如何记起他们并把他们作为自己思想和行为的模板,或者作为他自己的愿望和他寻找客体的模板? 他是以直接的方式找到他们的吗?"(客体关系理论)

临床医生知道,真相稍纵即逝,他会运用心理动力学倾听,将自己置身于患者的位置并从患者的眼中看世界。心理动力学倾听者懂得他与患者的关系是一种人际关系。治疗师想知道的是,在患者的思考、感受和生活方式等方面,这种关系揭示了什

么以及患者过去的生活中什么被移入到这种共享的关系里。

表 4-2. 源自心理功能四种心理学视角的心理动力学倾听

心理学视角	需要考虑的内容
内驱力理论	患者的愿望是什么？ 在患者的过去经历中，是什么使得这个愿望成为突出的愿望？ 从发展的角度看，这些愿望是否恰当？
自我心理学	患者过去经历中什么事件预示了愿望的表达或抑制？ 患者如何把愿望保持在意识觉察范围之外？（防御）
自体心理学	患者喜欢自己吗？ 他感到受人重视、赞美或认可吗？ 他对会降低自尊或失去生活中赞美或重视的事件如何反应？
客体关系理论	在患者的过去和现在生活中谁是重要的人？ 在不同发展阶段这些人是如何被回忆起来的？ 患者的行为、感受和思想与过去什么人相像？ 患者想念谁和渴望谁？ 患者生命的早期阶段失去过谁？（由于死亡、搬迁、疾病或冲突的缘故）

然而，心理动力学倾听者还可以发挥更多的功能，至少是在心理治疗的情境中。在评估阶段，对许多临床时刻的评估结合病史采集可能足以得出临床结论并提出建议。在心理动力学治疗的过程中，治疗师先后经历着不同的临床时刻，这些都发生在特定的背景下。因为在心理动力学心理治疗中，治疗师会被患者拉入到他的世界里——或者至少是拉入到治疗室的四面墙壁内、模拟患者内心世界的微小环境里。在这里，进行心理动力学倾听的治疗师运用自己的技能去观察和评估临床时刻，觉察这一过程中正在发生的事情。这一过程强度很大，涉及具有共同治疗任务的两个个体，这两个个体甚至会在治疗情境的压力下

刚发生了什么 → 描述 → 假设 → 解释（评估）.

退行以至于相互之间产生移情(Gardner,1989;Jacobs,1991;Sonnenberg,1991)。

本章,我们将以实例来讨论在联络会诊中的心理动力学倾听以及这种倾听在心理治疗评估中的重要性。然后,我们会就心理动力学心理治疗的情境做进一步讨论,包括详细描述:

- 如何重建患者的世界;
- 治疗师是怎样被拉入患者的世界的;
- 移情和反移情是怎样发展并被体验的;
- 治疗师如何运用心理动力学倾听得出对患者的理解、形成帮助患者的策略并实现有策略的干预来促进治疗过程。

在联络会诊情境中的心理动力学倾听

有位精神科医生接到电话,被邀请去评估一位门诊患者,患者的主诉是难治性疼痛。这是一位40多岁的职业女性,已为人妻并做了母亲,2年前在背部下方做过手术。尽管手术很成功,X线和磁共振成像随访检查结果未见异常,而且神经科检查也没有发现硬性神经科体征,但是她仍抱怨在手术部位有尖锐的疼痛,有时还会向下放射到腿部。

第一次见面时,前来会诊的精神科医生便向患者解释说,整个治疗小组都知道患者正经历着显著的疼痛,没有任何迹象表明她的不适感是想象出来的。他还提到,心理内在的过程有时会产生或导致躯体的愉快反应,有时则是疼痛反应,并且通过谈论她的生活、希望、愿望、受挫(过去的和现在的)以及她对未来的期望,或许他能帮她获得某种程度的缓解。

必须强调这是位聪明且久经世故的患者,她欣赏精神科会诊医生提出的方案。然而她又很怀疑精神科医生究竟能得出什么结论。不管怎样,她同意与精神科医生见面,并开始了访谈。她谈到自己出生在家庭农场,父母有4个孩子,她是长女。她的两个弟弟现在仍在农

场工作，父母最近也退休了。小的时候，她在学习上很有天赋，受到父母和老师的特殊鼓励。从十多岁起，她就被送去参加暑期举行的专业集训项目——首先是在当地院校，然后在她家所属的州、以研究著称的州立大学，最后是在她家居住的都市里享有盛誉的私立大学。在那里，她遇到了来自美国各地有才华的青年。她和参加这个项目的其他学生梦想着一起上那里的大学。当这一切正在发生的时候，她的弟弟妹妹和父母经历了旱涝并重的夏季，庄稼遭受病害，包括其他一些问题在内令她家庭的经济生活面临着困境。"

在第一次会诊访谈中，精神科医生已经在思考这位女性想要告诉他什么。他想知道"她为何一开始就以这样的方式向我讲述她自己和她的家庭?"他头脑中浮现出的画面是，患者生活得很舒适，而她的家人却在辛劳地工作。但是为什么她会强调这一点，尤其在她的身体遭受如此痛苦的时候。

在第二次 45 分钟的访谈里，患者主动谈起她当前的生活。她是一名律师，在一家大公司工作。工作很辛苦，要求很苛刻。她有两个孩子，都是十几岁，颇有才气。她与孩子很亲近，也因他们而感到骄傲。她与自己钟情的丈夫已婚 20 年。他们在法学院学习的时候相识。那时，他是一家律师事务所的合作者，这个事务所就在他们生活的城市里。然后，她谈到了几年前的一次旅行，他们回到了家庭农场。那是一个夏季，她和丈夫以及两个孩子在农场度过了 2 周的时间。她发现自己一直想有这样的度假——她已经感觉到自己与家人逐渐疏远，所以她做出这样的度假计划来让自己和家人亲近一些。

第二次访谈即将结束时，精神科医生已开始思索他所了解的信息。在构建一连串临床时刻的时候，他对患者如何处理她的愿望、患者所运用的与这些愿望相关的防御和人格特征、她的自体感以及在患者的客体世界中她与别人建立关系的方式等问题有了更多的了解。患者能够明确自己想要什么:学业成功，职业成就，与丈夫爱与性的关系，与孩子鼓励而且亲密的关系。她的防御和个性风格很有成效:患者有能力清晰地表达出她的渴望并将她的能量引向建设性的活动中，从而使她能够获得满足，而不是压抑她要成功的进取愿望——得到她想要的。这代表了一种非常精妙的升华能力。精神科

医生推测患者运用了某种程度的防御性利他主义，也许这种利他主义促使她安排了返回农场的旅行，然而，这并不影响精神科医生认为患者有能力确定并达到她的目标。很显然，她能很好地调节自尊，并有着丰富的人脉及其心理表象。总而言之，她的内在是协调统一的。

接着，患者开始讲述她的背部不适是怎么发生的。在农场的时候，她下定决心要加入到她弟弟、弟媳和她的侄子、侄女们分担的家务劳动中，在做这些家务活的时候，她伤到了背部。但那时她有种被迫要继续干活的感觉。结果，本应康复的背部伤势逐步恶化。在访谈快要结束的时候，精神科医生问患者为什么背部受了伤她还要坚持做那些显然她并不习惯的家务活。她非常坚定地说在她的生命中，父母和弟弟妹妹一直在辛苦劳作，因为他们的辛苦才有了她的现在。她就是无法在回家的这段时间里不去为他们做些事。

现在，精神科医生认为他不仅获得了所需的病史资料，而且从自我心理学的视角看，他也得到了很多信息。尽管这位女性并没有病理意义的内疚感，但是她有一个苛刻的良知，并且她的防御结构也证实了精神科医生先前推测的利他主义。对患者而言，成功意味着没有在农场劳作，而她自己苛刻地要求她回到家的时候应该去做这些农活。

在下一次访谈中，精神科医生打算询问患者的手术史、康复情况和她现在的生活及其背痛的特点。患者很乐意回答这些问题，但也暴露出她防御结构的另一面：她不是特别有内省能力。患者说假期后回到自己的家，疼痛一直没有消失。但因为公司有件棘手的案子令她劳神不少，所以她完全把疼痛的问题搁在了一边。接下来，患者继续谈自己的工作，并说工作让她“累断了腰”。她说每当一个案子进展到关键时刻，她都会在办公桌前工作很久，经常不睡觉并常有身体患病的感觉。那时，她的颈部和背部经常会疼痛。当说这些的时候，患者没有与她现在的境况做联结，不过精神科医生却很好奇其间有何联系。

患者继续讲述她的背痛怎样发展到了难以忍受的地步、她的康复努力如何前功尽弃以及她又是怎样最后接受了手术治疗。精神科医生问她是否在术前已经尽可能减少了伏案工作的时间。患者说她

不能这么做,因为那段时间很忙,她补充说"我从小就被教育要努力工作。我有才气,尽管逃离了农场,但无论如何我所接受的教育是要去努力工作的。"现在,精神科医生向患者反馈了一些他对患者的观察。他说,患者是在与习惯于体力劳作的家人们并肩劳作的时候背部受伤的。她的感觉是必须要劳作,即使背部疼痛也要如此。当她回到自己家的时候,她继续工作——做的是她认为"累断腰"的工作,事实上,这些工作常常令她的颈部和背部感到疼痛。精神科医生指出患者很感激家人为她所做的事情,她感到有责任对家人忠诚、有责任努力工作、甚至有责任"累断腰"地为那些雇佣她或帮助她的人做事。患者对医生的反馈表示同意,认为没什么补充的,保持着她那份缺少内省的风格。因此,精神科医生想知道现在她是否会关照自己的背部或者仍继续像以前那样做"累断腰"的工作。他告诉患者:"也许你疼痛那么重是因为你的良知告诉你,你必须要工作,然后你就坐在桌前连续不停地工作几个小时之久——这造成了严重的疼痛,因为你的做法换作任何人都会招致躯体的疼痛。有没有人告诉过你坐位对背部非常不利——它会引起强烈的背部和颈部疼痛?"

此时,这位聪明的女性承认她从来不知道这些事。尽管这让精神科医生意识到患者可能并没有接受充分的术后康复护理,但他也推测,从字面上以及隐喻的角度(她的律师工作),患者受到与弟弟和父母并肩工作的强烈需要所驱使,根本无法听进理疗师和外科医生的建议。在询问她的理疗师后,精神科医生证实了这一推测。接下来,精神科医生告诉患者她的良知对她有多强的影响力,以及一直以来她僵化的风格使她的生活方式无法得到有效改善,从而导致她的背痛难以克服。改变她的生活方式就是要拿出时间进行户外锻炼,而在办公桌前少花些时间。

之后经过多次躯体治疗,患者逐渐克服了肌肉痉挛带来的剧痛。实际上,通过锻炼并合理规划她的工作和生活,这些剧痛才得以缓解。最终,她几乎可以像从前那样努力地工作,期间能不时休息一会儿伸伸懒腰放松自己。甚至在律师工作繁忙之时,那些对身体有益的常识(她原本就知晓的)也起到了很好的疗效,毕竟心理动力取向的咨询师很认真地倾听了这位勤劳、成功并且充满爱的女性患者,已

经与她有了数个小时的交谈。尽管她没有发生质的变化——并不是突然有了内省能力——但她现在的确能理解造成她无法关照自己的一系列心理动力学因素。她现在不再有“累断腰的”疼痛，这是她一直潜意识地认为自己亏欠她的原生家庭的疼痛。她过去觉得是他们的辛苦劳作为她享受奢华的生活铺平了道路，而她的家人只能想象这样的生活。

在心理治疗评估中的心理动力学倾听

一位经验不太丰富的医生在完成了初始评估后，认为患者需要心理治疗，然后将这位患者转给了资深的精神科医生。这位年轻的医生从事的是普通精神病学工作，他不知道该向患者推荐哪种心理治疗，便请资深的精神科医生完成对患者的评估并对患者进行治疗。患者是单身男性，30岁出头，受过良好教育，且工作积极努力。患者有一个女朋友，他也有良好的工作业绩，与许多同事关系不错，另外，他还有很多朋友，既有男性也有女性。患者说他出自一个幸福的家庭，有兄弟三人，他排行第二，与兄弟相处很好，并与父母很亲近。他还提到他的童年很幸福，也有很多朋友。尽管在学校里并非特别优秀，但学习对他来说也不是件困难的事情。因为患者举止谦和可亲，大学毕业后在商业领域他得到了很多工作机会。

同样地，这位患者也谈到在生活中他一直与女性相处得很好。他能回忆起四年级的初恋女友、高中阶段的频繁约会、之后在青春期开始的性尝试以及上大学以来享受的性生活。所有这一切都尽如人意，直到一年前他出现焦虑发作。仔细询问病史后发现，在有明显的焦虑发作前几个月，患者一直睡眠欠佳——说不出原因。之后，有一天路遇交通拥堵，在车里他开始感到呼吸粗重、出汗、心慌，非常恐惧。患者去看了内科医生，医生对他进行了彻底检查，但没有发现任何问题。医生说他所经历的是一次焦虑或惊恐发作。这位医生又问他是否有心事，患者说没有。医生便告诉他这可能只是一次独立发

作,但是如果再发生的话,他应该回来开些药物。

一个月后患者经历了第二次发作,他叫来了医生,医生给他开了苯二氮䓬类药物,让他按需服用。之后几个月中又发作过几次,于是他的内科医生将他推荐到普通精神科医生那里做评估。患者讲述病史十分细致,谈吐清晰,这给医生留下了深刻印象。由于患者抱怨服用药物,甚至是偶尔服用,他都会感到昏昏欲睡,因此精神科医生考虑某种形式的谈话治疗可能对他更合适。患者又补充说他对有镇静作用的任何药物都很敏感,正因如此他也不能喝酒。在推荐做心理治疗评估时,这位普通精神科医生认为患者很适合做心理动力学心理治疗。

而资深的精神科医生却不那么肯定。一开始她就很惊讶地发现,患者丝毫没有内省能力。他呈现给医生一幅既往完美生活的画面,那些内容听起来太完美了以至于让人怀疑它的真实性;而且,这位资深的精神科医生认为,患者的嗜睡表明需要进一步调整药物,而不是进行心理动力学心理治疗。但是,她仍继续采集病史,并从四种心理学视角进行倾听。

精神科医生能听出患者在明确表达他渴望在商业和社交生活中获得成功。医生问患者与女友相处3年的关系如何,患者评价自己的女友既风趣又漂亮,他很享受和她做爱、一起体育运动以及与其他几对青年男女同住海边别墅共度夏日时光。尽管精神科医生把45分钟的访谈时间都用在讨论这层关系上,但患者并没谈出更多的内容。因此,精神科医生感觉,从患者的描述里看不到关系中有承诺——即感觉不到跟未来的联系或长远意义上的责任。她也做出一个假设,即这位男性在潜在的亲密关系里保持着距离,以此防御意识到自己已不再是个男孩而是个男人;她认为患者根本没有分辨出这一防御及其目的。因此,基于内驱力理论和自我心理学视角,她得出结论,这位患者动用了很多防御使他无法认识到他的愿望隐含的意义:当认为自己是强壮、有能力、有责任感和性感的男人时,或渴望成为这样的男人时,患者都是心存冲突的。把自己想成还是个大男孩会让他更快乐,而他丝毫没有意识到这些心理状态、偏好或过程。

精神科医生想弄清楚为什么患者有这样的冲突,但是当她探询这位男性儿时的生活以及他与原生家庭成员的关系时,并没有得到什

么信息。也没有发现可以进一步解释临床现象的、自尊调节方面的问题。当然，精神科医生知道，那些在自体发展和维系自尊方面有问题的人常常缺少一种能力，即将他人视为有情感和需要的完整的人；她也了解，在关系中他们往往很表面地满足他们的愿望以此来维系自尊。但是，这个过程并没出现过问题，尽管患者与女友已相处很久。因此，精神科医生认为，从自体心理学的视角来看，患者的各个方面也许都有些问题，但又很难明确说出来是什么。从患者客体世界的视角看，患者的各个方面也可能存在问题，但是仍然无法得出一个明确的结论。当然，患者对他心中许多人物的形象进行了细致入微的描述；尽管这些描述有种难以形容的缺乏深度，但是无法具体说出这究竟是患者压抑的俄狄浦斯问题还是不能建立关系与维系关系的问题。在这种情况下，对患者进行评估的精神科医生无法确定深层谈话治疗是否在将来某天可以被采用或以后会对患者有所帮助。但是，现在推荐做探索性心理动力学心理治疗并不适合于这位患者，这是因为患者的主诉是以症状为中心的，没有长期的、复杂的心理痛苦，表现出相当肤浅、与症状没有明确关联的个性风格，显著缺乏内省力和深入审视自己内心过程的动机。看起来，最为谨慎的方法是推荐他做支持性心理治疗，同时结合药物治疗，应选择一位在心理动力学为基础的支持性心理治疗方面受过良好培训的精神科医生，以便在将来患者想更深入地探索他的问题时可以给予恰当的回应。

患者又被转回到了普通精神科医生那里，他所得到的建议是：每隔一周接受一次 45 分钟的心理治疗性访谈，期间可以讨论药物治疗的问题，同时讨论患者对他的处境及其生活的感受。进一步的建议是：普通精神科医生每个月或每 2 个月要与资深精神科医生一起商讨患者的病情和治疗，以便重新考虑患者对药物治疗的抱怨是否在提示他可能希望进行更深层的探索性谈话治疗。之后，患者开始在普通精神科医生那里接受规律的治疗，而这位医生也很规律地与资深精神科医生定期商讨患者的病情和治疗方案。

在心理动力学心理治疗背景中的心理动力学倾听

患者年近40岁,单身男性,由一位擅长心理动力学心理治疗的精神科医生转诊来做深层心理动力学心理治疗。患者是教师,受过良好的教育,至今未婚;他告诉医生他是被领养的,在他7岁的时候养父抛弃了家庭。患者的养母想方设法满足他的需要,努力把他抚养好,但没有成功。因为她总感觉自己做不好,不清楚应教他什么,而且她对患者很依赖,令人窒息。患者说自己长期不愉快、对自己的成绩不满意,而且不能建立持久的关系。与女性的关系尤其让他苦恼。他感到非常孤独并渴望浪漫的感情。

经过几次访谈评估,精神科医生认为这位有良好内省能力、长期不愉快的男性在许多方面存在问题。患者明确自己愿望的能力明显受损,他动用了很多防御,包括抑制在内,以防止意识到自身的攻击能力。精神科医生推测患者的个性风格源自于他强烈的、潜意识攻击性愿望,这些攻击性愿望主要针对的是已经抛弃了他的、想象中的亲生父母、抛弃了他的养父以及不称职的养母。精神科医生也认为,由于经历了如此之多的被抛弃和失败的养育,患者一直害怕遭到别人的拒绝,所以在任何关系中他都会保持着一定的距离。在患者描述他能回忆起的、过去这些年来与别人建立的关系中便体现了这一特点。他从来没有过亲密的友谊、浪漫的感情甚至是与同事的亲密关系。他的自体感很脆弱,尽管他学业一直很成功,最后成为了一名教师,但他总是会预期自己在职业上会遭受失败和拒绝。事实上,虽然他感到与人联系非常少,但有证据表明他的同事们会很珍视与他交往的机会。

令精神科医生感到印象深刻的是患者具有的两个优势,即他的理智和内省力。这两个优势还有他内心深处的痛苦和寻求帮助的真诚,表明了他应该尝试心理动力学心理治疗。精神科医生知道,患者所具有的特征会在治疗中渗透到移情反应里:他预期患者会保持距离、缺乏信任,最终当他们的关系快要变得亲近之时患者会因感受到

威胁而想放弃治疗。精神科医生也意识到患者有力量的原因尚不清晰：即为什么他如此有理智和内省力？在开始的时候如果能够找到这个问题的答案会很有帮助，因为这样的洞察更有可能形成对预后的判断。尽管一切还都是未知的，但患者的优势已经是显而易见了。于是精神科医生推荐他做治疗，患者欣然接受。

治疗几乎刚一开始便陷入了困境。患者一个劲地抱怨精神科医生对他帮助不够。他表现出了心身症状——腹痛、头痛和背痛，没有一样会经谈话治疗得到缓解。患者所接受的谈话治疗每次访谈持续50分钟，每周3次。不久，患者即表达了他的想法——打算"放弃这种毫无价值的治疗"。精神科医生每次访谈都提心吊胆的。他发觉自己希望患者别再来了——希望患者放弃治疗。不过，由于他是受过良好训练的心理动力学治疗师，他知道应该将治疗中这种强烈的、相互具有的早期体验视作来源于：患者努力在咨询室内重新创建他的心理世界；患者在向心理治疗师展现他内心世界的图景。他知道应该从移情的视角检验患者对他的感受，而他对患者的感受也应作为反移情来看待，视作能帮助他了解患者生活经历的一系列情感体验。(参见第8章"移情"和第9章"反移情")

因为精神科医生知道患者在他们的关系中塑造了他内心世界的图景，而且为了有利于治疗的进展，必须向患者解释有可能正在发生的事情(Gardner，1989；Jacobs，1991；Sonnenberg，1991)。精神科医生相信，如果他断言自己知道正在发生着什么，定会让这位思维缜密的患者感到很可笑，不过，他仍希望自己真诚地去接近患者内心世界的努力不会让患者有这样的感觉。因此，他对患者解释说，在患者那么小的年纪就经历了如此多的被抛弃和失望，致使他在与别人建立关系的时候，绝对不敢信任和期望他们会对自己忠诚以及在对他们有需要的时候会得到满足。治疗师补充说，由于这些经验发生在患者语言发展尚不成熟的时候，所以他经常会采用躯体表达的形式。这就是他的许多主诉都是些心身症状，并且在谈话治疗没有立即缓解这些症状时他会如此失望的原因。患者将治疗关系体验为他曾体验过的关系，也就是作为一个被抛弃的幼童曾经体验过的关系：事实上，他已经抛弃了对治疗的希望！

接下来,精神科医生发现患者的治疗动机很强,他可能会将自己一开始的呈现——在咨询室内构建出他的内心世界——视作一种创造性的、潜意识驱动的努力,以便让他的心理治疗师了解他曾经的内心世界,了解这里面的一切。精神科医生解释说,患者已将他对被抛弃的恐惧以及在自己需要时不会获得帮助的信念投射到了治疗师身上。并且,通过他对待精神科医生的这种方式,患者一直尝试在精神科医生心里引发一种无助感,让医生感受到患者曾经是多么无助。

在接下来的解释中,精神科医生告诉患者,由于他很惧怕失望,所以他的这些感受出现得迅速且强烈。然后他进一步解释,他们两人心灵的相遇并在此基础上发展出处理这种强烈关系的方法非常重要,患者会从中得到帮助。精神科医生也讲明了他对移情的看法,移情是:所有人都具有的、在世间定位自己的方式,它受潜意识的驱动,以记忆中的或被压抑的过去体验为模板构建出当前的体验。

患者认为精神科医生的话很有道理,这让医生更确信他们的治疗在正确的轨道上进展。精神科医生认识到,在治疗中通过心理动力学倾听,他形成了对患者的假设,包括患者在治疗关系中的愿望、恐惧和防御,以及精神科医生本人成为了患者心中的移情人物。他也意识到,患者脆弱的自体感决定了医生必须对患者做出迅速回应,以避免患者由于无法忍受痛苦而从治疗中逃离。他和患者需要牢记,当患者有这些体验的时候,对它们进行讨论非常重要。这会更有效地让患者感到,实际上他们的关系会持续下去而且他也不会被抛弃。患者可能将治疗师体验为会抛弃他的人,而已形成的策略是要去探索患者的这些体验。精神科医生决定尽快探索这些体验——不让这种恐惧继续滋长,对信任感更强的患者也同样如此。精神科医生知道,在心理动力学心理治疗中让患者安心的最好方法是积极预测和检验患者对治疗关系的不稳固感觉。

治疗持续了 4 年之久;随着患者的改善和他对自身理解的加深,他能够越来越长时间地忍受那种强烈的、对被抛弃的移情性恐惧。在治疗成功结束时,他能够在必要时提醒自己令他失望的早年生活对他的影响有多大。他还订了婚,并能够与朋友和同事建立起亲密的关系。此外,与亲密的人(包括他的未婚妻)在一起时,他能容忍分

离和不同意见，不会因为分离和意见不同而感到崩溃：他更有能力体验恐惧，也更坚信生活还将继续。并且，他已很少体验到那种他现在认为是过度强烈的被抛弃感，而在心理动力学治疗之前，这是他生活中很有特征性的体验。

患者重新建立平衡的一个关键要素是他让自己安心的能力，这例证了心理动力学心理治疗的一个重要真理。心理动力学心理治疗不是靠魔法进行工作的。很大程度上，它之所以有效是因为患者在心理治疗情境中学会了从心理动力学视角倾听自己、更加全面地思考自己、更多角度地评估他正在经历的体验并对自己的体验提供解释，所有这些对于维系心理的平衡都是必须的。

在咨询室外倾听自己

现代精神分析师开始接受一种观点，即医患双方会彼此施加强大的影响，当治疗师检验他对患者的想法和感受时，即使它们看上去不重要或不相关，都能帮助治疗师更多地了解患者。有时，在评估或治疗阶段，那些想法或感受会出现在咨询室之外，有时会出现在医生的梦里（Ogden，1994、1995；Sonnenberg，1995）。如下例所示：

有位经验丰富的精神科医生接诊了一位举止温和的男士，他抱怨妻子让他无法忍受，在他们的婚姻里他无法果断行事。这让他感到无助。患者告诉医生，他的妻子不停地指责他的教养方式，控诉他愚蠢、严苛和迟钝。在评估过程中，患者谈起他现在对运动的兴趣。他积极参与竞技性高尔夫球运动，比如参加全州的业余选手锦标赛，有时会赢得比赛。他还告诉精神科医生自己在上大学时踢过足球。精神科医生以前在大学里也踢足球。那天晚上，他梦到在球

场上和患者成了比赛中的对手。患者是他强大的对手。第二天，精神科医生回忆起这个梦，在自我分析中，他逐渐发现自己一直忽略了患者有多么强大和愤怒。在那天的访谈评估里，一幅画面在精神科医生的头脑中浮现：患者正和妻子一起打高尔夫，他很愤怒，拿着高尔夫球杆打他的妻子。基于这幅心理画面，精神科医生仔细倾听反映患者对妻子心存愤怒的迹象。很快，他听出了一些迹象，当他询问这些迹象时，患者开始诉说他是如何愤怒，有时他会想象着打他的妻子，不过他补充说自己绝对不会那样做。在精神科医生准备对此案例进行解析的时候，所有这些信息都很有帮助。

参考文献

Chessick RD: The Technique and Practice of Listening in Intensive Psychotherapy. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1989

Detrick DW, Detrick SP: Self Psychology: Comparisons and Contrasts. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1989

Gardner MR: Self Inquiry. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1989

Jacobs TJ: The Use of the Self: Countertransference and Communication in the Analytic Situation. Madison, CT, International Universities Press, 1991

Ogden TH: The analytic third: working with intersubjective clinical facts. Int J Psychoanal 75 (pt 1):3–19, 1994

Ogden TH: Analysing forms of aliveness and deadness of the transference-countertransference. Int J Psychoanal 76 (pt 4):695–709, 1995

Pine F: The four psychologies of psychoanalysis and their place in clinical work. J Am Psychoanal Assoc 36:571–596, 1988

Pulver SE: The eclectic analyst, or the many roads to insight and change. J Am Psychoanal Assoc 41:339–357, 1993

Sonnenberg SM: The analyst's self-analysis and its impact on clinical work: a comment on the sources and importance of personal insights. J Am Psychoanal Assoc 39:687–704, 1991

Sonnenberg SM: Analytic listening and the analyst's self-analysis. Int J Psychoanal 76:335–342, 1995

补充阅读

McLaughlin JT: Work with patients and the experience of self-analysis, in

Self-Analysis: Critical Inquiries, Personal Visions. Edited by Barron JW. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1993, pp 63–81
Mohl PC: Listening to the patient, in Psychiatry, 2nd Edition. Edited by Tasman A, Kay J, Lieberman JA. New York, Wiley, 2003, pp 3–18
Smith HF: Engagements in analysis and their use in self-analysis, in Self-Analysis: Critical Inquiries, Personal Visions. Edited by Barron JW. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1993, pp 83–110

5 对患者的评估Ⅲ：心理动力学评估

心理动力学评估是通过询问和心理动力学倾听对患者的主诉、现病史、既往躯体病史和精神病史以及家族史形成完整的理解。此类评估包括以下几个方面：

- 精神状态检查。
- 建构重大生活事件的心理发展史。
- 评估创伤和发展缺陷在形成个体心理问题上所起的作用。
- 明晰选择不同治疗方法的预后。
- 预测个体动力学心理治疗中医患互动的性质：对医患互动的评估需要考虑：①患者的经济状况和责任及其对移情一反移情情境所带来的影响；②医患双方在治疗意义上利用这种互动的能力。
- 评估患者观察其心理过程及其行为意义的能力，这一点尤为重要。

在评估中会检验患者有意识或无意识采用的暗喻和象征，并且要检验患者是否有能力明了：通过探索这些象征，他所说的话可以在不同层面上加以理解。类似地，患者的梦以及他对梦的探索能力也可以作为理解他心理过程的工具。在考虑患者生活史中所呈现的固定模式时，既要考虑到可能导致患者难以进行动力学心理治疗的自我破坏倾向，也要考虑到患者延迟满足

和建设性处理攻击情绪的能力。要重点了解患者的童年经历，回顾他从那时到现在的适应能力。要探索患者的早年记忆，探索那些能自主行事的能力以及努力实现目标和愿望的能力。

这一评估的结果是从患者的主观视角对其过去和现在的经历所形成的一种心理动力学理解。这种心理动力学解析（Horowitz 等，1995；Perry 等，1987）提供的是一种整合性的理解，贯穿患者的生命周期，从四个心理动力学视角（情绪、愿望；防御机制、认知模式；自尊的调节；人际关系）评估患者过去和现在的经历。这一解析也预测了潜在的医患互动以及患者防御机制和人际互动的模式。

用于心理动力学评估的资料包括患者的生活史及其与临床医生的互动（Malan，1980）。导致患者出现问题的诱因以及促使他寻找帮助的因素提供了一个非常有用的窗口，透过它可以看到患者潜意识中被激活的冲突和已形成模式的童年期问题，后者始终没有得到解决并且一直在影响成年的行为（表 5-1）。详细地了解患者发病的条件对于从心理动力学的角度理解患者的问题十分重要。例如，一位有胸痛的焦虑患者，他先是去一家

表 5-1. 心理动力学评估原则

倾听和探索发病以及寻求帮助的促发因素
倾听和探索自童年期至今的重要事件以及重要人物史
识别过去生活中的重要人物
询问最早期的记忆
探索任何反复出现或新近出现的梦以及在什么背景下做的梦
讨论患者对以前的治疗和治疗师的感受
观察患者如何与治疗师建立关系
给予尝试性的解释
邀请患者一起合作来理解问题

影院看电影，在那里目睹有人出现了心脏病发作，之后不久他便表现出了胸痛的症状。另一位患者是在升职后不久即出现了抑郁发作。从这些发病的条件大致可以看出患者内心隐藏的、需要被发现的潜意识冲突。

患者与临床医生建立关系的方式有助于了解患者已成模式的人际关系以及潜在的移情反应。一位男性患者在他的男性治疗师面前表现得非常谨慎，生怕有所冒犯，当接下来的访谈有两个时段可供选择时，他向治疗师征求更合适的时段。另一案例中，一位女性患者在离开治疗室时很随意地问她的女性治疗师在哪里买的鞋子，并且加了一句"不过，对我来说这鞋子太贵了。"尽管在最初的时候，这种互动的意义并不能被全然揭示，临床医生仍应标记它们。这种互动所提供的额外信息一定可以用于对患者性格特征和冲突区所形成的假设性解析。初学者可能会立即对这些互动进行探索。然而，在治疗关系初期将患者的注意引到这些评论上来通常会吓着患者，并且会抑制他的好奇心和正在浮现的移情。因此，治疗师通常不必回应，而是要倾听或重新提出一个问题（例如，"你更喜欢哪个时段来做访谈呢？"）。这种互动在以后的治疗中会再现，那时可以对其进行更深入地探索。

患者的生活史为其现在的关系和防御的模式提供了模板（Gabbard，2000；Gill 等，1954）。心理动力学心理治疗师要倾听患者的生活史，了解患者在心理发展过程中所体验到的冲突，以及这些体验到的冲突所指向的重要人物：母亲、父亲、祖父母和兄弟姐妹。这些冲突蕴含着移情的潜力，而移情将会在治疗中出现，此时，过去在当前重现。患者的每位家庭成员都是他生活剧中的演员，临床医生应当从患者那里详细搜集他们的信息以及患者对他们的感受（Mackinnon 和 Michels，1971）。

要记住，作为父亲，一位男性在他的孩子 5 岁和 15 岁时未必会发挥同样的功能，这一点很重要。伴随自己生活的变化，父

母也在转变：再生育孩子、工作变动和他们父母的离世。在一个年龄段被看作是作威作福的父亲却很可能在另一年龄段对孩子的心理结构发展很有帮助。应当搜集患者每一重要阶段的生活资料——例如，学龄前、小学、中学、提前就业或上大学、结婚等。了解患者在每个阶段的体验，并且了解那个阶段的重要人物以及重要事件，这将有助于识别患者生命早期的情绪模式和关系模式，这些模式带来了现在的问题。

询问患者最早期的记忆常常会揭示患者生活中某个重要的、反复出现的主题；通过这样的询问也可以评估患者探索幻想世界的意愿和能力。类似地，请患者报告最近出现的或反复出现的梦境并且与患者一起对梦境作简短的探索，可以为解析冲突区提供素材，并且可以用来评估患者的心理学头脑。治疗师也可询问患者是如何理解某些令人困惑的行为的，可以给他一个尝试性的解释，或者在开始访谈评估时询问患者对上次访谈的看法。这些技术会启动协作性医患关系的建立，也有助于了解患者想要理解自己的意愿以及他利用理解改变行为的能力。

如果患者以前做过心理治疗，那么了解以前治疗的情况通常很重要。以前的治疗感受会被患者带入新的治疗中，形成对治疗最初的期望。另外，理解患者与以前治疗师的关系可以明晰患者对治疗师的表现有怎样的期待，并可以用来识别未来的移情模式。

心理动力学评估是很关键的技能。除了心理动力学心理治疗评估外，它对于许多精神病学的干预也是很重要的，而且是受过良好训练的精神科医生必须掌握的。心理动力学医-患交流通常具有很具体的特征，其目标或是为了评估、长程治疗、短程治疗、药物治疗或是为了任何其他形式的干预，并且，培养这种谈话技能是精神科医生培训中十分复杂的部分。后面的内容将为初学这一重要技能的临床医生示例心理动力学评估过程。这个过程也应当与总体评估和心理动力学倾听的过程结合起来。

完全掌握这些技能是一个很高的要求,后面的内容仅展示了一些范例。本章至多是对这些技能的一个简单概述,要达到掌握还需经过数年的实践。而且,这方面的许多技能需要在有经验的心理动力学临床医生的督导下才能掌握。

主诉

如果患者是初诊,在评估主诉时也需要调查患者前来寻求帮助的潜意识意义,这不同于其他的医疗情境。很显然,这不同于一个人摔成骨折后来看外科医生时的主诉。不过,需要说明的是,即使这样一个简单的案例中也可能会有例外的情况:如果一位患者因为骨折而反复就诊,这个过程也透露出他心理层面的内容;或许是由于鲁莽或者缺乏判断力,所以他总会陷入危险的境地。然而,当一位患者来看精神科医生的时候,就更需要对他呈现的表面信息进行探索和解释,如下例所示。

一位50岁的女士前来咨询,原因是她不能与22岁的女儿很好地相处,她期望从心理卫生专业人员那里得到一些建议。心理动力学精神科医生在首次访谈中请患者详细描述有关她女儿的情况以及最近发生的事情。这位女士说,她的女儿已经搬到了附近的一座城市,大约100英里远,并且已经找到一份女服务员的工作,工作收入可以支持她当女演员的梦想。然后,她告诉医生,她的女儿在一流大学里学习戏剧,成绩突出。尽管患者很清楚一些年轻的演员会靠做些低下的工作来支持自己,这是不足为怪的,但她总认为自己的女儿不应该做这些,这种想法在她的脑海里挥之不去。谈话中,她突然开始抽泣。精神科医生的直觉告诉他,患者突然的哭泣和难过的程度可能是对某些未讲出的内容的反应;在描述女儿的情况时,患者强烈的情绪与她的语气并不相称。

精神科医生询问患者在她心里是否还有什么事情让她如此不快,患者听后失声痛哭。她说女儿离开家后,她的家里变得空荡荡的。

接着，她又立即说这未必就是件坏事，因为她已预见到会是这样，所以她早就与市里的学校商谈过，想重新开始做图书管理员的工作。她甚至参加了图书馆计算机应用课程的学习，扩展了她的知识面。然而，她说尽管她拥有过去的工作经验，但她好像不得不从最低水平做起，即在一所小学里做助理图书管理员。20 年前辞掉工作时，她在当地的一所中学任图书馆馆长。现在，她对自己不能官复原职来帮助中学生利用图书馆学习而深感失望。

精神科医生告诉患者，她自身的处境与她看到的女儿的艰难处境有相似之处：受雇于比较低下的工作。患者开始再次抽泣，在接下来的 15 分钟里，她的主诉发生了转变：她承认对当前工作前景的深切悲伤和愤怒。在患者重新确定了咨询目标后，医患双方决定围绕新的焦点继续心理动力学评估。现在，医生和患者本人均认识到患者自己的生活处境才是令她烦恼的事情，而她真正的目标是处理她在重返工作时所体验到的悲伤。随后，他们计划再进行 4 次访谈评估。

现病史、既往史和家族史

下面将继续讨论上一节中提到的案例（“主诉”）。

精神科医生注意到，患者在讲述有关她自己的生活处境时采用了象征的手法，并且医生向患者指出了这一点：患者在主诉中讲到了她的女儿，而那时她实际是想讲些有关自己的事情。患者说，其实她意识到了这个现象，并且想起在很多时候她都会采用象征的手法来表达自己。她补充说，作为一名酷爱读书的人，她非常熟悉如何采用象征作为一种交流方法。当精神科医生与患者继续他们的探索之旅时，对医生来讲，这一发现是很有价值的信息。

在后续的访谈中，精神科医生请患者描述她目前的心理状态是如何发展而来的。患者谈到，随着孩子们的成长，她有段时间一直在努力维系平衡。她提到的那个女儿是年龄最小的，在过去的5年里，她的哥哥和姐姐都离开了家。这三个孩子似乎都生活得不错，但他们都是很自主地离开了家庭。患者觉察到自己有丧失和悲伤的感觉，却又不能完全地理解这些感觉。精神科医生询问患者能否描述出她的悲伤，患者回应说，经过这些年，她已经知道她因为孩子们而感到快乐，而且她为他们感到骄傲，也为她能养育这些孩子感到骄傲，然而，她也发现自己正在失去他们。精神科医生想明确患者是否有抑郁的症状，但是，在询问各种抑郁症状的过程中，精神科医生确定她并非抑郁患者，当然也没有自杀的情况。实际上，精神科医生也知道患者能够有效地处理愤怒和其他形式的攻击：她先前已经描述了在工作处境中的愤怒，现在她甚至能够因为孩子们不太注意与她保持联系而表达对他们的愤怒。因此，她不像是心理动力学中所提及的那种易于将愤怒转向自身、有抑郁表现或者有自我破坏性行为的人。

对患者当前病症的进一步探索再次证实了她的一个非常核心的问题，即她针对工作处境的悲伤和愤怒。她与孩子们的关系的确处于很重要的位置：在她养育子女的20年中，她从未在家庭之外从事什么工作。从孩子们的进步中，她获得了很多快乐，一直以来都感受着幸福。事实上，那是她最幸福的一段生命时光，因为她非常享受养育她的子女，为自己能幸运地拥有这些天性聪颖的孩子们感到快乐。而且，她觉得，那些过去一直在困扰她的、要靠她自己来处理的压力，已然消失了。此外，那个时候她的丈夫有30岁，一直鼓励她做一名全职妈妈，由此，患者与孩子们的关系变得更加亲密。于是，精神科医生开始形成一个假设：患者的困境与她的个人成就和自尊有关。当她被迫再次独立做事的时候，她对失望非常敏感，这使她不快乐。通过对这些问题的询问，精神科医生将焦点转向了患者的家族史。

患者谈到了她成就非凡的原生家庭。两个姐姐在各方面都表现出色，而她的父母也都是受人尊敬的专家，当三个女儿表现优秀时，

他们就会给予赞扬。但不幸的是，当女儿们表现不好时，便会遭受父母的严厉批评。患者在成长过程中，始终害怕会令父母失望，担心父母不再夸奖她。患者向精神科医生讲述了她经常做的一个梦，这个梦从她十几岁至今反复重现。她梦见自己将要参加学校的考试，可她知道自己整个学期都没有上课，因此必定会考试不及格。在梦中她很沮丧，对老师在一学期里没有给她更多的帮助感到愤怒，同时对自己也很失望。精神科医生询问患者对这个梦有何理解，患者说她认为此梦表明她不仅害怕失败，而且知道当她失败时她会感觉自己很差，同时她对父母在她成长过程中没有给予她更多的鼓励也感到愤怒。这一探讨让精神科医生了解到患者是能够对梦进行工作的，她清楚自己对父母的愤怒，能够处理这种心理状态，而且，自童年期以来，她的自尊一直是在不断组织加工的精神内容。

精神科医生由此加深了对患者的了解，并且可以从四个心理动力学视角对患者做出解析。在解析中，发现患者一直受到自尊愿望的指引，其防御结构的特征是，只要她能通过照顾别人来使自己取得成就，她就会在主观上达到令人满意的适应。她不必将自己置于竞争的前沿，她可以让子女们替她做这些，而她只需通过认同他们就可以获得满足和内心的平静。然而，她的自体感是需要被持续支持的，这一点在子女离开家后凸显出来。因为在记忆中，她缺乏持久的、无条件的父母赞许，这些赞许本可以帮助她在大多数时候让自己感觉良好。这一解析勾勒出患者客体关系的画面以及她的自尊、愿望和防御的状态。由此，精神科医生认为已对患者有了不错的、初步的理解，并且相信患者具备心理需要（长期存在的、体现患者基本人格结构特征的问题）和资源（进行自我探索性对话的能力）来接受一段时间的个体心理动力学心理治疗。不过，精神科医生打算以一种试探的方式来评估当移情-反移情情境逐渐显现的时候，患者是如何表现她的自我观察能力的。

为了做到这一点，在第5次和最后一次访谈评估中，精神科医生询问患者对前4次访谈有何感受。患者谈到，有些时候她会认为由于她对自己的觉察不够而使医生不愉快。精神科医生指出，这个实

例可以用来说明她在与别人的关系中体验自己的独特方式如何延伸到了咨询室内。精神科医生还补充说,从已经了解到的患者的成长经历中,他相信患者通常会在重要的关系里有这样的低自尊感。患者对此表示赞同,于是精神科医生向她解释,在心理动力学心理治疗中此时此刻发生的事情对于心理治疗工作非常关键:当特征性的感受在医患关系中被体验到的时候,可以假定这是重新体验过去在重要关系中的感受,并且当这些感受在治疗中被体验到的时候,它们可以以一种生动的方式得以探索和理解。患者对此能够理解,于是精神科医生确信可以向患者推荐一个疗程的心理动力学心理治疗,预期这会对她有所帮助。的确如此,患者接受了医生的建议,他们开始了心理动力学心理治疗,每周两次访谈,持续了3年,而且富有成效。

早年记忆和创伤

上面的案例让我们看到一位寻求帮助的女性,她很适合进行心理动力学心理治疗。接下来,你会了解到另一位男性患者,尽管每周一次的心理治疗已有一年多,但他的症状并未得到缓解。

这位患者30岁出头,接受治疗的原因是有多种恐惧:怕到人多的地方、怕过桥、怕乘飞机、怕驾驶汽车和坐电梯。这些症状自他童年以来就已存在,只是程度较轻,不过近几年开始加重。患者一直对逐渐加重的焦虑有清醒的认识。尽管没有急性焦虑发作,但患者出现了一些强迫性的仪式化动作,他感到自己在焦虑的时候被迫做这些动作。这些动作包括:洗手、驾车前小便(无论行程有多么短都要先小便),以及在他住所前面的道路上捡石头——担心如果不捡的话,很可能会在有人驾车经过时碾到这些石头,石头会弹起,然后穿过敞开的车窗飞入车中,击伤车里的人。

患者曾接受精神科的评估并被推荐做认知行为治疗,但没有效果。几个月后又加用了一种苯二氮䓬类药物,也没有效果。最后,患者又到一位在心理动力学评估方面受过良好训练的精神科医生那里寻求帮助,这位医生重新对他进行了评估。

连续5次的访谈评估重点了解了患者的主诉、现病史、既往史和家族史。患者谈到,大概7岁左右的时候,他第一次体验到了强迫症状和焦虑。那时他惧怕上学,不敢踩到人行道上的裂缝。这些症状持续了几年之久,后来就自动减轻了,但还是有少许残留。目前的主诉是几年前出现的,但开始的时候患者并不知道是由什么引发的。

精神科医生询问患者那时家里发生了什么事。患者道出满腹狐疑,那时父亲生病,背部出现了问题。他要求做背部手术,手术很顺利。他的母亲——经常会感到焦虑的一个人——在那段时间变得非常恐惧并且常常找患者来平息情绪,那时患者通过反复做保证来缓解母亲的恐惧。接着,医生询问了患者的家庭情况——目前的家庭结构和家族史,以及患者的童年经历和成长史。患者说也许这是很重要的话题,因为以前还没有人问过他这样的问题。接下来他所说的话让医生非常吃惊,首先是因为这些内容先前并未引起重视,其次是因为患者讨论这些内容的方式。

患者谈到自己是独生子,在一家规模很大的不动产发展与管理公司工作。近来工作非常顺利,他从父母家里搬了出来。患者与父母的关系一直很亲密,也很享受周日与父母共餐。他在交女朋友并正在计划订婚,父母非常喜欢这个女孩。在患者出生前不久,他的父母和外祖父、外祖母从亚洲移民到这里,并且一直生活在一起。通过经营一个零售连锁店,家庭很是富裕。患者听说,当他出生的时候,每个家庭成员都给予他厚爱,他甚至回忆起5岁生日宴会上他被众星捧月的情形。精神科医生请他谈谈最早期的记忆,患者说,他最早的清晰的记忆是,在那个生日宴会前不久,他的外祖母病了,当时叫来了急救车把她送到了医院。

然后,患者自发地谈到,在接下来的几年里他的外祖母一直在生病,先是心脏病,后来又患上了一种淋巴癌。在那段时期,他的母

亲非常焦虑，患者以比较平淡的口吻补充，也许对他来讲那段时期也不是很快乐，因为他的母亲被占用了，越来越不能顾及他了。精神科医生请患者解释他提到的“母亲被占用了”究竟有何所指，患者解释说，那时他的母亲心里只有她自己的母亲，一直在为她母亲担忧，并在家全身心地照料她。

然后，患者说，在他生命中的那个时期好像有什么“正在我的心中浮现”。他不愿对此考虑太多或不愿相信它可能很重要，因为，他“真的”拥有一个美好的童年，父母工作努力并且对他关爱备至。但是，他还是觉得也许他应该把它讲出来。在7岁的一天，他放学回家，父母和外祖父仍在外面工作未归。他的外祖母虽未康复，但病情稳定。在患者下车的时候，她正在那里等他。外祖母给患者牛奶喝和糖果吃，之后她离开了房间。大约半个小时后，患者叫她，但她没有回应。又叫了几次，还是没有回应，患者便从桌边起身出去找她。当他找到外祖母的时候，发现她躺在卧室的地上。患者能回忆起他无法将外祖母唤醒，那时他非常恐惧，冲出房间寻求帮助。后来他找到邻居帮忙，他们给患者的父母打了电话，父母急匆匆回家，再一次，外祖母被救护车送到了医院。这次，她再也没能回来，因为就在几周后她去世了。患者记得，在那之后她的母亲非常伤心，悲痛持续了很久。患者“猜想”那正是他出现上学恐怖以及不愿意在人行道上踩到裂缝的时候。

接下来，他的脑中出现了一个他称为“奇怪的”想法。一个童年的顺口溜在脑中浮现：“踩到裂缝上，弄断妈妈背。”精神科医生询问这句话对他的意义，患者什么也讲不出来。医生在想，或许他现在很害怕知道自己的什么事情：那时，患者是那么地恐惧上学，并且不敢在人行道上踩到裂缝，这些症状是因为在意识层面的恐惧之下隐藏着潜意识中对想要伤害母亲的恐惧。这是有可能的，精神科医生补充说，尽管他成长在一个充满关爱的家庭，但那时他可能并不快乐，甚至还很愤怒。患者说他从未考虑过这一点，但这一点很有意义。他认为，实际上他可能一直觉得自己应对外祖母摔倒在地负有责任，甚

至于可能认为要对外祖母的死负有责任，现在他知道这种感觉是很不合情理的。然后患者又说，如果他觉得自己要对此负责的话，他猜想自己也许会觉得要对外祖母去世后母亲长期承受的痛苦负责。但是，“为什么会愤怒呢?”他不明白。

对这个问题，精神科医生顺势做出了回应：“你能想象出在那个时候为什么你有可能会对母亲愤怒吗?”患者回应道，他一直与外祖母关系亲密，在她倒下的时候他没有能够帮助她，患者一直为此感到很难受。他补充说，他一直没有机会对任何人讲出这些难受的感觉，很多年来，他一个人承受着这些感觉。精神科医生提示患者，这一点可能足以让他对母亲愤怒了：她没有帮助患者谈出他的感受。说到这里，患者认为或许这是他在7岁时出现上学恐怖症状以及惧怕踩到裂缝的原因；对他来讲这很合理，因为当外祖母摔倒的时候患者不在她的身边，所以他不想再从母亲身边走开。一直以来，他对母亲如此愤怒以至于他感觉自己需要与母亲在一起，这样可以保护她免于那些令他恐怖的但又是他所期望的惩罚。他也一直希望母亲会倾听他的感受。

接下来，患者说他一直对家人有种责任感，他目前的症状可能与童年期的症状源于同一情境。现在，像过去那样，当一位家人生病了，他的母亲会非常难受。或许，患者会再次感到愤怒，因为当他的父亲生病时他也会有担心，但不能从母亲那里得到支持，反而是母亲希望患者来给她支持。患者发现，自己好像在象征性地利用症状来控制对母亲的愤怒——这对母亲有保护意义，因为母亲没有照顾他，所以在他潜意识中希望看到母亲受到惩罚——即使现在已经成年的他很少再有这样的需要。

此时，精神科医生认为他对这位患者已有很多了解。这位青年男性有心理学头脑，能够从痛苦的感受中回溯过去，去探索他的精神疾病是怎样根源于他的成长史的。他能够评价象征在形成症状方面的作用，以及一系列具体的创伤事件在形成他的人格和促成他如今对家人生病的反应方面所起的作用，这些创伤事件包括外祖母的生病和去世以及他母亲对这些事件的反应。医生理解患者大部分处于潜意识水平的攻击愿望和冲动在当前生活中所起的作用，也理解患者

需要动用一些防御来阻止他意识到那些愿望。很显然,患者有稳固的自体感和调节自尊的能力;精神科医生认为这是患者能够对自己保持良好观察的重要因素。而且,精神科医生相信患者已经高度发展出与周围人建立良好关系的能力,并且发展出了反映这些关系的内部精神结构。尽管患者难以识别他的攻击情绪,但是他仍具备很好的适应能力。所有这些使精神科医生确信,患者将有能力检验在移情关系中浮现的东西。医生推测移情的形式可能是患者感到精神科医生不能在那里倾听他,正如他的母亲过去所做的那样。然而,精神科医生并没有告诉患者这一推测,以防这种提示可能造成关键的移情关系无法浮现。

医生向患者解释了他的发现并讲明患者可以从心理动力学心理治疗中获益,这种治疗可以采取不同的形式。目标由患者来定。如果他认为他普遍地存在处理愤怒情绪的困难,他或许需要更高密度的治疗,每周的访谈次数更多,从而使他在生活中少受抑制而且更为积极。如果他认为这方面的困难并不是很麻烦的话,那么他可以尝试疗程更短、密度更小的治疗。患者选择去尝试每周一次的心理动力学心理治疗,一年后治疗顺利结束。

发展缺陷

在前述的两个案例中,经评估后发现患者适合做心理动力学心理治疗,并证明对他们有效。但情况并非总是如此,如下面的案例所示。

一位40多岁的男性来做评估。患者独身,他抱怨自己从事的销售工作与他良好的教育背景不配,为此他很不开心,生活陷入僵局。精神科医生建议他做几次密度较大的访谈评估。在访谈中了解到患者排行老二。在他读高中的时候姐姐离家去上大学,在学校她遇到了未来的丈夫。她就没再回家住了。现在她的事业很成功,并

拥有自己幸福的家庭。相比之下,患者在整个大学期间都住在家里,一直没有朋友,也不曾有过约会,多数时间都是孤独一人。精神科医生试着了解患者童年的情况,结果发现他在社交方面一直很笨拙,长期以来与母亲待在一起。精神科医生问他为什么会如此,患者说他真的找不出原因,但是好像他和母亲都喜欢那样。他补充说,在他早年与母亲在一起的记忆里,他的感觉并不是很好,但是总比与其他孩子在一起时的那种羞涩要好得多。他在校学习不错,但总喜欢放学后直接回家。他接着谈到他的父母关系亲密,他也感到与父母较为亲密。毕业后,父母鼓励他搬出去住。几年前,父母退休去了另外一个城市,患者也曾想搬过去生活。但因为他在那里一直找不到工作,所以决定在这里待下去了。如今他的生活无非就是工作、看电视,偶尔也去看场电影。

精神科医生发现患者的生活很空虚,但还好,这并不说明患者处于急性期抑郁。他也注意到患者缺乏想象力——患者不能以象征的方式(把生活视为过去的生活模式在当前生活中象征性地重演)思索他的存在。事实上,他在思考每一件事上都是非常具体的、非常缺乏想象力的。患者将他过去的记忆简单描述为生活孤独,他认为这种状态是他唯一的选择。甚至他的梦也缺乏想象力:在梦中他独自一人时,他会说这个梦反映出他不快乐的状态。没有任何迹象表明,他会反思在他的孤独背后可能会有某种愿望想要保持这种孤独或者愿望中有些冲突彼此相连。患者说如果与母亲住得更近一些他可能会高兴起来,但是,搬过去的话他又看不到希望,因为母亲住的地方很难找到工作。他似乎想象不到也许他还有一个隐秘的愿望,那就是不与母亲在一起。

精神科医生做出总结,患者所呈现的问题均根源于他的发展经历,也许在很大程度上取决于素质因素。在许多技能的发展上患者非常失败,包括社会化、自主性、明确自己的愿望并且实现它们的能力、与他人建立关系的能力以及明确和认识自体的能力。精神科医生总结出患者有一系列严重的发展缺陷。不过,精神科医生不想让患者错过他可能有的任何机会。患者确有某种改变的动机,他寻求治疗的决定即为佐证。尽管患者不是很有天赋或是很有内省力的那

种人，但他已大学毕业，当然也不笨。

精神科医生认为，患者很具体的思维特征——缺乏想象力——就像一块巨大的岩石，定会让内省导向的心理动力学心理治疗触礁沉没；当然这种缺乏想象力的思维特征也可能会让精神科医生感到厌烦，从而使治疗难以维系。至于移情，假定患者很具体地将它视为自己生活贫乏的反映，那就可能无法对其进行检验。因为在治疗关系中他可能会感到一些轻松，就像与母亲在一起时那样，所以，他可能会利用与精神科医生的关系——移情关系——来给自己空虚的生活带来一丝慰藉。

在考虑了所有因素后，精神科医生很友善地建议每周访谈一次，边谈边看他们的访谈会走向哪里。就这样，他们开始了长达10年之久的访谈。令人惊讶的是，年复一年，他们两人的治疗关系变得越来越紧密，超出了精神科医生的预期。患者逐渐认识到在他童年的时候很少有人理解他，治疗师对患者感到羞于启齿的问题表现出了探索的兴趣，这很有帮助地推动了患者在与他人建立联系的道路上向前迈进。他开始试着去感受对母亲的愤恨，因为母亲没能很好地与他的情感接触；他试着去想，因为对母亲心存不满，所以自己更愿意离她远一些。他也发现在社交情境中自己有多么恐惧，他不知该说些什么，不知该如何与别人建立关系；他把和治疗师的沟通作为范例，逐渐发展出一些与他人相处的自信。后来，他分别与一位男性和一位女性建立了友情，于是，患者规律的治疗性访谈告一段落。患者每周六晚上都会跟那位女朋友一起去看电影。在每周一次的治疗结束之前，患者说他相信会有一天与女友发生他想要的那种性爱。

从心理动力学视角，可以理解患者的发展缺陷给他带来的重大影响，而与一位理解他的治疗师的长期、新型的关系则会逐渐焕发出他成长的潜力，所有这些都为以支持为主的心理治疗提供了有用的信息。尽管规律的访谈结束了，但是患者和治疗师每年还会安排几次访谈。双方知道，只要他们都还活着，这样的访谈就会继续。

■ 对患者良知的评估

在对本章进行总结之前，必须要谈谈对患者良知的评估。精神分析学家们强调，在心理动力学心理治疗的医患关系中，患者总会把治疗师看作权威人物——作为患者良知的代表(Busch，1992；Gray，1990)。当患者要将他的秘密告诉治疗师的时候，他常常因为担心遭到治疗师的非难而难以启齿。通过了解患者的标准、理想和道德，在心理动力学评估中便可以预测出这种阻抗，这一点很重要。如果患者是自我批评和自我惩罚的，治疗师可以预见患者将会把他视为批评性的和惩罚性的治疗师，这点要在治疗中讨论。评估阶段是很有价值的，它可以预测和明确这种未来会发生的挑战。有些患者的良知特别严厉、苛刻，治疗师可以先对他们进行支持性心理治疗，而不是心理动力学心理治疗。

■ 结论

本章通过三个案例介绍了如何进行心理动力学评估和采集成长史资料。三个案例各有特点且结果迥异。尽管这些案例涉及心理动力学评估的一些要素，但仍只不过是对这项复杂技能的介绍而已。如果临床医生能够完成心理动力学评估，那就已经掌握了这项复杂的技能，它既包括临床综合征的知识、多种心理学视角和对人性发展的理解，也包括共情地与另一个人建立关系并且将这种关系用作评估工具的能力。要培养这项技能需要大量的培训、有经验的督导师的指导以及对自己逐渐深入的理解。

从心理动力学视角理解自己对于从心理动力学视角理解他人极为重要，可以避免将患者的内心世界与治疗师的内心世界

混为一谈，边界不清；同时，对于理解移情-反移情也有不可估量的作用。通过个人分析或心理治疗、自我反省、被督导以及定期请教更有经验的、可信的同事，将有助于发展从动力学视角理解自己的能力。

参考文献

Busch F: Recurring thoughts on unconscious ego resistances. J Am Psychoanal Assoc 40:1089–1115, 1992

Gabbard GO: Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice, 3rd Edition. Washington, DC, American Psychiatric Press, 2000

Gill MM, Newman R, Redlich FC: The Initial Interview in Psychiatric Practice. New York, International Universities Press, 1954

Gray P: The nature of therapeutic action in psychoanalysis. J Am Psychoanal Assoc 38:1083–1097, 1990

Horowitz MJ, Eells T, Singer J, et al: Role-relationship models for case formulation. Arch Gen Psychiatry 52:625–633, 1995

MacKinnon RA, Michels R: The Psychiatric Interview in Clinical Practice. Philadelphia, PA, WB Saunders, 1971

Malan DH: Toward the Validation of Dynamic Psychotherapy. New York, Plenum, 1980

Perry SW, Cooper AM, Michels R: The psychodynamic formulation: its purpose, structure, and clinical application. Am J Psychiatry 144:543–550, 1987

补充阅读

McWilliams N: Psychoanalytic Diagnosis. New York, Guilford, 1994

Nemiah JC: Foundations of Psychopathology. New York, Jason Aronson, 1973

Pine F: Diversity and direction in psychoanalytic technique. New Haven, Yale University Press, 1998

Tyson P, Tyson RL: Psychoanalytic Theories of Development: An Integration. New Haven, Yale University Press, 1990

6 开始治疗

通常，对准备接受心理治疗的患者来说，心理动力学心理治疗是一种他们不太熟悉的治疗方法。在评估结束时，临床医生要与患者讨论可选择的治疗方法以及这些方法是怎么产生效果的。此外，临床医生也必须与患者讨论每种疗法是如何开展的。心理动力学心理治疗同样需要这个程序。可以向患者说明，心理动力学心理治疗的过程是为了学习一种新型的解决问题的方法，这是基于对个人生活经历、对意识范围之外的心理活动以及内心世界（心理现实）的理解。个体的心理现实取决于过去经历以何种方式被无意识地用作当前行为——情绪、思想、幻想和行动——的模板。

若要顺利开始心理治疗，很重要的一点就是要向患者说明心理动力学心理治疗的目标和过程。这一治疗阶段的要义之一就是建立安全的氛围（表 6-1）。尽管这项任务看上去很宏大，但

表 6-1. 建立安全的氛围：治疗师的任务

让患者了解过去是现在的模板
让患者了解移情、防御和阻抗的概念
介绍和解释治疗师的节制
保持医生的关切，建立治疗联盟
处理患者最初的失望

是仍然可以与许多情况下内科医生所做的事情相比拟。例如，当全科医生给一位患者做检查时发现患者的胆固醇水平升高，他一定会对患者进行健康教育，并和他建立一种合作性的工作关系，这样他们就能携手展开治疗，消除这种隐蔽的躯体问题可能带来的不良影响。

在治疗的开始阶段，要让患者了解心理动力学心理治疗产生疗效的原因是：通过移情，患者会在当前的治疗关系中重新体验过去。通过在治疗框架中检验这些情感，患者会理解他的过去是怎样不断在生活中被重新体验的。患者逐渐理解，过去经历象征性地再现于此时此地是导致心理痛苦的根源，因为它重新唤醒了童年的冲突情绪和焦虑。患者通过体验也会了解，认识了这些潜意识的过程，就会减少痛苦的情绪，并可能产生新的行为。

可以通过教育、解释以及举例子的方式让患者了解心理动力学心理治疗。有些时候，临床医生需要直接地、支持性地向患者解释治疗的过程。解释后，最好不要再重复这样的解释，相反，要将教育转变为理解，并倾听患者是否有阻碍理解的情绪。在治疗初期，有经验的医生会不断决定现在是该解释说明，还是该更多地倾听患者，以后再做进一步的指导和评论。通常，初学者会对初始访谈中该解释多少和倾听多少感到困惑。治疗师向患者做了清楚的解释说明后，他可以认为患者以后会了解有关治疗的情况，不必再做说明。但在治疗初期治疗师还不能这样认为，尤其是面对那些好像什么都不了解的患者。明了治疗的目标和过程是很重要的，这会让患者感到足够的安全和舒适以便能够探索和忍受那些在治疗框架内唤起的焦虑（Abend，1990；Busch，1995；Jacobs 和 Rothstein，1990）。

首先，不要伤害

在我们详细讨论开始治疗的话题之前，“首先，不要伤害”的

原则必须加以强调。心理动力学心理治疗是一强有力的过程，会对患者产生巨大影响(Ogden,1983)。Lipton(1977)在一篇卓有见地的文章中指出，由于患者会感觉到治疗师与他们保持着距离，并且拒绝和他们建立真正的人际接触，他们可能会因此受到更多的伤害。作者坦言，这实际上体现的是治疗师应该如何呈现自己的一种信念——一种很多治疗师都持有的信念。Lipton 忠告治疗师们不要让医患关系脱离人性的本质。尽管这个忠告里确实包含了治疗师要在动力学治疗中避免对患者的控制态度，但这一观点仍不能被过分强调。有关安全和医患关系的详细讨论见本章后面的“安全氛围”和“医生式关心的态度”这两部分内容。

■ 节制和自由联想

在患者已经了解了治疗过程后，接下来，治疗师就要说得少些了，为的是更多地倾听患者如何组织他的心理世界。从技术层面，这一方法被称为“保持节制”。如果患者此时询问起治疗师的沉默时，治疗师可以再次向患者做出解释。治疗师可以说“我在仔细地倾听你的谈话。我希望能最大程度地理解你是如何看待周围事物的，我不想干扰你向我描述的过程。”治疗师也要鼓励患者尽可能自由地谈话，不要去评判谈话内容是否正确或是否符合逻辑(表 6-2)。可以采用下面的方式对患者解释：“你可以谈任何想谈的话题。如果你谈出浮现于脑海里的任何内容，那会很有帮助。我知道做到这些是很难的。”在治疗师帮助下，让患者说出浮现于脑海里的任何东西——对思想不予加工的表达——即使患者担心会说谎话，或说出伤害治疗师或所爱之人的话。

这种交流的方式就是“自由联想”。在经典精神分析中，患者采用自由联想式思维和谈话。在心理动力学心理治疗中，患

者也接近这种心理状态。尽管经典精神分析中的自由联想基于其他一些因素会更加自由，心理动力学心理治疗的患者仍会相当接近于那种表达状态(Freud,1917/1963)。

表 6-2. 开始治疗:患者的任务

与治疗师发展工作联盟
学习自由联想
体会安全氛围
识别开始阶段的失望
发展对移情、防御和阻抗的理解
学习如何对梦、白日梦和口误进行工作

当然，自由联想只是相对的，患者的潜意识冲突是阻碍想法、情绪和幻想自由表达的主要力量。在与患者协同工作中，治疗师倾听那些患者意识不到的、可能在阻碍自由表达的线索。这些阻碍患者去体验不舒服的情绪和冲突的思维方式被称为防御机制。治疗师要细心地观察患者呈现其思维和情绪的方式以及呈现这些思维和情绪时有怎样的阻力，并在恰当的时机与患者分享他的观察。治疗师应观察患者思维和情绪方面的变化以及任何偏离治疗方向的行为。治疗师会把患者的防御机制作为一种对治疗的阻抗来看待。在理解阻抗——患者的防御机制——如何运作的过程中，移情会在其后的治疗中浮现出来。

临床医生和患者共同协作来识别患者的思维和情绪模式。这一协作使得患者将这项任务体验为一种他最终可以探索的过程，而不是什么神秘不可知的东西。这项任务，即分析阻抗，构成了患者最终能够选择替代行为的基础。有时，初学者的热情会导致在他还没有与患者一起工作来识别那些模式的时候，就急于想告诉患者那些模式是什么。这会让患者认为治疗师太过强势，给以后的治疗带来诸多问题。

有时，患者会因为临床医生比较沉默而感到挫败。患者需要始终感受到治疗师与他在一起，感受到治疗师与他形成联盟共同掌控那些处于意识之外的力量（Schafer，1983）。在治疗的开始阶段帮助患者理解这一点十分必要。否则，患者很可能会从心理治疗中逃离。要在短时间内、以可以理解的方式让患者了解这些内容需要大量的技巧，如下例所示。

一位30多岁已婚妇女来看精神科医生，主诉是自一年前她的母亲去世以来她一直很悲伤。她时常会失眠，不想吃饭，不过体重没有下降。患者想服用抗抑郁药物进行治疗，但是精神科医生告诉她在决定采取何种治疗之前需要先访谈几次。精神科医生想通过访谈过程来观察患者怎样与他建立关系，并且观察患者的移情反应，这些或许会展现患者与已故母亲的关系所具有的特征。医生认为这样可以从动力学角度对患者的悲伤做出解释，并且之后的心理治疗可能会给患者带来益处。

他告诉患者他想要倾听患者的心理是如何工作的——他会说得很少，但是会专注地倾听。患者听后有些丈二和尚摸不着头脑，并把她的困惑告诉了精神科医生。

于是，他再次向患者讲明了他要关注什么，但在解释之后，他继续保持着沉默。访谈之后，患者给她最要好的朋友打了电话，这位朋友在一年之前曾接受过心理治疗。患者按照朋友的建议，给朋友以前的治疗师打了电话约诊。

不久，患者与她朋友的治疗师进行了访谈。在访谈中，这位精神科医生的风格与前一位治疗师完全不同。她向患者详细地说明了在访谈评估中她所希望发现的是：导致患者悲伤情绪的思维模式和（或）抑郁的心理生物学过程的证据。她说明了心理动力学心理治疗的目标和过程、移情的性质以及如何探索移情、安全治疗环境的性质以及治疗性节制和自由联想的应用。

这次，患者有了舒适和被理解的感觉，她决定继续接受评估。接下来的几次访谈中，患者感到自己可以自由地询问有关治疗以及医

患双方正在做什么的问题，医生也能够自由地回答问题。之后，患者接受了医生的建议，同意进行每周两次的心理动力学心理治疗。患者了解到她对母亲去世的悲伤是她对母亲诸多情绪体验的一种，她想要去理解这些情绪，这些情绪几乎都根源于她的童年生活。她对自己的治疗师充满信任，与治疗师在一起感到很安全，并且能将治疗师的节制感受为一种有用的治疗技术。

安全氛围

心理动力学心理治疗为患者提供了一个舞台，这个舞台上患者可以在安全的氛围中上演其心理生活的戏剧(Schafer，1983)。在治疗中，要尝试理解患者所说的话，而不是加以评判或批评。心理动力学心理治疗师的工作不包括管理患者的生活(理由之一就是患者自己的选择非常重要)或评判患者生活方式的价值(Poland，1984)。

在治疗的设置中，治疗师的节制和中立部分地是一种方法、技术和特殊形式的行为，给患者提供了"退行"的机会。在心理治疗的舞台上，患者的思考会更少地被组织和结构化，于是患者会更接近他潜意识的情绪和观念，也就更会展现潜意识的行为，这其中，部分原因是来自心理治疗设置的特殊性，部分地也是因为生活中的一种自然过程。随着治疗的进展，治疗会变成一个试验场，患者能够在其中——在安全的治疗联盟中——细致地检验他所体验到的、指向另一个人(治疗师)的情绪、观念和幻想。

尽管实现这一目标需要治疗师相对被动和沉默，但这并不意味着治疗师要苛刻地要求自己如此。协作关系的发展，部分地，是通过临床医生恰当的关心以及对医患双方需共同努力工作(是治疗的一部分)的解释和说明。治疗师和患者协同工作来理解患者的体验，对体验的理解又会反过来缓解患者的心理痛

苦。在患者和治疗师之间达成的这种共识有时被称为契约。然而，这个由两人组成的团队很容易只强调任务的分工而忽视掉了一种重要的体验：协同工作的体验。更准确地说，治疗师和患者要努力发展工作联盟(Greenson,1965)或治疗联盟(Zetzel,1965)。

一位医学生因为学习困难前来寻求治疗。一见医生她就表现出试探的态度，想知道精神科医生是否有能力帮助她。精神科医生自然对此并不确定，他觉得自己有必要对患者讲明这点，不过，他采取的是一种能够营造安全氛围的方式："我想你现在甚至不知道问题究竟出在哪儿。我对你尚不了解，当然无法给你作保证。不过，我所知道的是，到现在为止你已经展示出了你的潜力——成功地考上大学，进入了医学院校。我也能想象出，因为你在学习上遇到了很大的困难，你突然觉得不够安全，难以预期自己的学习生活。我也猜想，是否你现在感到很脆弱，以至于担心自己没有能力配合治疗取得疗效；并且担心我会像个老师，批评你，给你打低分，而不是帮助你的人。"

患者开始抽泣，告诉精神科医生他的话正言中了她此刻的感受。精神科医生知道他对患者的理解和帮助已经开始。在一种安全和理解的氛围中，治疗正在展开，治疗联盟也正在形成。

医生式关心的态度

治疗师身为初学者的时候，常会对应该在多大程度上隐藏自己的人格或爱心存有误解。在许多初学者心中，治疗师的标准模样是一幅带有讽刺意味的画面：面无表情、不苟言笑、不做回应的治疗师，他可以沉默良久，甚至在很多次访谈里一言不发。偶尔，他也会做些表面上的回应或是给出正中患者心理内核的解释。事实上，心理动力学心理治疗师完全不是这个样子。他并非冷漠、疏远或是专横的。也不是为了要抑制、要无情或是要隔离而抑制自己的行为(Stone,1981)。相反，他的被动(或称

为节制)是相对的,目的是为了营造一个治疗性的环境,从而使患者能够意识到隐藏的愿望和冲突。

从事这种心理治疗的精神科医生在工作中要采取医生式关心的态度,亲切并且能觉察到患者的痛苦(Schafer,1983;Stone,1981)。通过不断地协同工作,医生会让患者知道他觉察到了患者正在经历的心理痛苦,不仅是在治疗室外生活中的痛苦,而且包括治疗室内重新体验到的、过去的痛苦。精神科医生也让患者了解他尊重患者理解自己的努力,以及尽管痛苦仍继续治疗的努力。

下面的例子说明了患者对这种医生式关心氛围的觉知。

一位近40岁的单身男性来做精神病学评估,原因是他经常因为忧虑工作业绩而出现焦虑发作。尽管他是位受过高等教育的专业人士,但他以前从未接触过精神科医生,也不知道心理动力学心理治疗是如何工作的。在完成评估后,他开始了心理治疗,几个月后,他对自己的精神科医生谈出了如下观察:"现在我知道为什么你不会更自由地和我说话,在评估期间你也是如此。你想让我来到这里自由地讲话,讲出我心里的话。当我这样做的时候,我好像总会接触到那些似乎属于过去的情感,那些针对我在成长中遇到的朋友、成人的情感。我觉得如果你回答了我的所有问题,或者立即对我进行了回应,我们就不会知道我心中发生了什么,我们也不会触及那些情感。因为我们一直在以这样的形式谈话,所以我逐渐深入地理解了自己——理解了我是怎样变成了现在的我。"

在开始治疗阶段的失望

在开始治疗阶段,患者首次接触到心理治疗的各个方面。治疗师会引导患者关注它们并很好地利用它们来取得疗效。通常,当治疗师更为节制的时候,患者的第一个特定反应就是失望感。部分原因是无论治疗师怎样慎重地让患者对他的节制有所

准备，患者仍会体验到失去了评估阶段所特有的那种情感上的支持。另外，在治疗开始阶段，患者心中经常会对治疗充满希望，但这些希望的曙光会很快退去，留在大多数患者心中的是混乱、挫败和无助感。“这个心理治疗将怎样给我带来帮助呢?”他们会很怀疑，但更多的时候，这种怀疑只是处于意识的边缘，这是因为在患者眼里，精神科医生是权威和专家。治疗师更为安静地坐在那里的时候，也就是在请患者更独立地工作了。此时，源于过去情境中的情感通常会被重新唤醒。在既往产生这些情感的情境里，患者被要求努力朝着心理成熟的方向发展。

举个例子，这就好像患者再次回到学校，在学业上要不断进取，或者尽管对受伤或失败心存恐惧，仍被要求承担越来越多的责任。这方面的转变几乎是必然的。治疗师利用这一现象来促进患者去理解治疗是怎样把过去的感受带到意识中来的。通常，这是患者第一次真正体验心理治疗，并在其中学习。下例展示了患者最初的失望。

患者年近 30 岁，在一座偏远的城市找了份工作。在此之前，她为这项决定冲突了一年之久。最终，她离开了自己的原生家庭和朋友。然而，面对新的住所和新的工作，她却变得抑郁和焦虑起来。她去看了精神科医生，经过一段时间的评估后，开始了心理动力学心理治疗。治疗是每周 2 次，当进行到第二个月的时候，她感觉抑郁有所加重，并认为精神科医生对她没有什么帮助。

精神科医生关切地询问患者的这一感受。患者说，在她离家前的几个月里，曾征求过父母的意见。但无论父母说什么，她都感到不满意。精神科医生想知道，患者离家是否表明她在努力寻求独立和心理的成长，并且，这一努力也可能引起了患者对自主与幸福的焦虑。患者对此表示同意。这次交流为下一步的治疗建立了良好的开端，因为在这之后，每当患者开始担心治疗师投入不够或是没有给她足够的建议时，这次交流所带来的领悟都会帮助治疗师和患者一起来探索她成长的愿望和对挑战、成长的恐惧。

移情、防御和阻抗的早期体验

前面的案例涉及工作关系或工作联盟(Greenson,1965;Zetzel,1956)的发展,其中也包括移情的问题。移情是心理治疗开展工作的核心,但患者对此经常存在理解上的困难。弗洛伊德提出了这样一种观点,即所有的人类关系都是移情关系。据此,弗洛伊德认为所有人对他人的体验都是对既往客体的知觉转移到了现在新的客体身上。如今,尽管精神分析界对移情的性质有诸多观点,但总体上会认为在各种关系中,过去的记忆被激活是移情的本质。在某种程度上,每一个体都会潜意识地在现实关系中重演过去重要关系的某些特征。

由于心理动力学心理治疗师要保持节制,不会向患者透露他个人生活的具体信息,所以,治疗师创造了一种白板效应,在这个白板上,患者可以根据自己的设计来绘制移情的图景。这在治疗早期显而易见。指出这一现象会使治疗师和患者共同来关注这个焦点问题;同时,也使患者能深入地理解心理治疗是如何工作的。当患者体验到治疗师的节制时会表现出失望,与之相关的移情往往很明确。

在治疗早期,患者注意到治疗室的墙上贴有一张美国人权的墙报。患者猜想精神科医生在政治上一定是自由主义者,而患者本人在政治上则是保守主义者。在治疗师的询问下,患者谈到他害怕自己对美国外交政策的攻击性言论会遭到精神科医生的批判,担心精神科医生会认为他政治上不敏感甚至很残酷。倾听时,治疗师没有过于关注患者谈话的具体内容,而是仔细倾听出了患者所顾虑的事情:惧怕因为攻击冲动而遭到批判。

治疗师告诉患者,也许他很担心治疗师不赞同他有那么多的攻击性。患者回应说他的母亲过去就很不赞同他的攻击行为,他也非常担心精神科医生对他的态度。治疗师意识到,患者的这些特点可

能会在治疗关系中重演，并且随着治疗的进展，这方面的移情会日渐凸显。在治疗初期，医患的这种互动让患者理解了正在体验的过程，这是医患双方随治疗进展能够更为深入地探索这些情感的基础。

治疗师试着去澄清患者的情感体验以及他正在表达的内容。有些时候，治疗师会以支持的方式让患者直面他过去曾经否认但又证据确凿的一些态度。在这两种情况下，治疗师想要指出患者隐藏了何种想法和情感，以及他将这些想法和情感隐藏、防御和压抑到潜意识里的方式。通过这个过程，患者防御性的思维方式就变得明朗起来。如果患者想提前结束治疗，很显然，他的防御走向了极端。这往往令初学者很烦恼，因为初学者通常会对第一个长程案例投入很多。此时，治疗师对患者想要结束治疗的愿望采取何种态度是很重要的。如果治疗师把它看成患者的防御，并去探索它的发展根源，那就会引向对这一防御的理解，患者可能会因此感到轻松，治疗也得以继续。

在治疗的开始阶段，治疗师将有机会识别出患者防御和阻抗的模式，他会引导患者了解到，对这些模式的认识将如何促进自我理解。尤其是，对大多数患者来讲，有些想法和情感是很难自己识别出来并与他人分享的。它们常常被防御性的思维保留在潜意识中，这些情感包括自我怀疑、自我愤恨、无助以及对他人的恨与爱。

一位中年男性在完成了评估后，开始接受某位女性精神科医生的心理治疗。在治疗初期，这位男性有段时间很难开口说话。50分钟的访谈时间里，经常有大段的沉默，可以持续10分钟之久。治疗师认为这些沉默是患者的阻抗，并引导患者关注他的沉默，随后治疗师便问患者，在沉默的时候他是否在想些有关治疗师的事情。刚开始面对这个问题时，患者有些尴尬。治疗师对此表示了理解，并再次强调，他的任何想法对于推动治疗的进展都是很重要的。于是，患者说他觉得治疗师很有魅力。而且，因为治疗师允许在这里谈论对她的想法，所以患者才能够说出来。

在此例中，患者的想法是关于精神科医生的，当然，不会总是如此。患者的想法可能涉及任何人。不过，无论患者会把什么问题带入到治疗中来，最常见的还是有关治疗师的想法。这是事实，因为患者非常想营造某种与治疗师的关系，从而可以缓解他的痛苦，当然这也会是因为移情的缘故。治疗师有必要共情地倾听患者表达的任何与移情有关的想法和感受，并与患者一起在深层次上去理解它们(Gill，1979)。

治疗初期梦的运用

治疗师也会关注患者的梦境。在心理治疗中，不是所有的患者都会呈现大量的梦境，但很多患者可以，对他们来讲，梦的工作是一重要的治疗工具。每位患者都应当有机会进行梦的工作。在治疗初期就要引入和了解这条通往理解的路径。通常，在治疗初期汇报的梦尤其会揭示患者的核心冲突。这些梦也会帮助患者了解有关潜意识的过程。在以后的治疗中，由于防御机制的作用，梦会变得越发晦涩难懂。

下面是一个出现在治疗初期的梦：

患者是位刚离婚不久的年轻女性，有抑郁和焦虑情绪。她接受了每周两次的心理动力学心理治疗，在进行到第三周时，患者告诉治疗师，在她来治疗的前一天晚上她躺在床上想着第二天的治疗。渐入梦乡时，她还一直充满感情地想着女治疗师。梦里，她看到有两架飞机在高空中飞翔。小飞机的燃料将尽，另一架大飞机向前伸出一条输油管，送入那架小飞机里给它加油。但很快就出现了故障；加油的装置停止了运转。患者很害怕那架小飞机会坠落，在梦中惊醒。

在治疗初期，这样一个充满象征的梦是很难被深入理解的。精神科医生有很多假设：梦象征着患者认为她的治疗可能成了一个不太令人满意的养育环境——一种失望；梦象征着患者认为她的婚姻

出了错——与异性生活的失败；梦反映了自虐的愿望，它们源自那些需要获得满足但又因此会激发内疚感的愿望。但是，治疗师认识到，这些想法仅仅是假设而已，既无法从现有资料中获得支持也没有被现有资料否定。治疗师决定利用它来向患者解释，在睡眠时梦是一种思考方式，可以提示梦者现在和过去所关心的问题。治疗师没有把患者引向梦的工作本身，而是激发患者对她潜意识过程的兴趣。她告诉患者，由于患者是在想着治疗师的时候逐渐入睡的，那么这个梦或许与她在治疗中未说出的某种恐惧有关——她或许会害怕这位给予她帮助的女性会让她失败或是令她失望，因此她会感到自己的生活处于危险的境地。患者同意治疗师的说法，并补充说她认为丈夫抛弃了她，令她非常的失望，离婚后她的情感很脆弱。

患者的治疗持续了几年。在治疗的过程中，她能有效地运用梦来更多地了解自己。她对治疗师的移情证实，她会对很关照她的女性和善良热情的男性有亲密感。很清楚，这些移情是基于她早年的经历，同时，她对这类关系又会感到内疚，因为她认为自己的要求太高。在这些关系中面对失望时，她总是表现得很脆弱。最终，在回顾过去的经历时，患者能发现从结婚到离婚以及自己早年的生活中，她都表现出了一种倾向，即总是预期会有失望。当然，所有这些在治疗初期的那个梦里就已经显现出来了。

参考文献

Abend S: The influence of the patient's previous knowledge on the opening phase, in On Beginning an Analysis. Edited by Jacobs T, Rothstein A. Madison, CT, International Universities Press, 1990, pp 57–66

Busch F: Beginning a psychoanalytic treatment: establishing an analytic frame. J Am Psychoanal Assoc 43:449–468, 1995

Freud S: Resistance and repression (1917), in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol 16. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, 1963, pp 286–302

Gill MM: The analysis of the transference. J Am Psychoanal Assoc 27:263–288, 1979

Greenson RR: The working alliance and the transference neurosis. Psychoanal Q 34:155–181, 1965

Jacobs T, Rothstein A (eds): On Beginning an Analysis. Madison, CT, International Universities Press, 1990

Lipton SD: The advantages of Freud's technique as shown in his analysis of the rat man. Int J Psychoanal 58:255–273, 1977

Ogden TH: The concept of internal object relations. Int J Psychoanal 64:227–241, 1983

Poland WS: On the analyst's neutrality. J Am Psychoanal Assoc 32:283–299, 1984

Schafer R: The atmosphere of safety: Freud's "Papers on Technique" (1911–1915), in The Analytic Attitude. New York, Basic Books, 1983, pp 14–33

Stone L: Notes on the noninterpretive elements in the psychoanalytic situation and process. J Am Psychoanal Assoc 29:89–118, 1981

Zetzel ER: Current concepts of transference. Int J Psychoanal 37:369–376, 1956

补充阅读

Blum HP: The curative and creative aspects of insight. J Am Psychoanal Assoc 27 (suppl):41–69, 1979

Curtis HC: The concept of therapeutic alliance: implications for the "widening scope." J Am Psychoanal Assoc 27 (suppl):159–192, 1979

Schwaber E: Psychoanalytic listening and psychic reality. International Review of Psycho-analysis 10:379–392, 1983

7 阻抗与防御

*阻抗*和*防御*这两个术语指的是患者内部对抗治疗目标的力量。患者来做心理动力学心理治疗既因为他们想获得神经症性症状的缓解，也因为他们从理智层面上想与自己所信任和尊重的治疗师合作。但是，不管患者的动机有多合理和强烈，每位患者对恢复健康都持有矛盾的态度。情感症状总是伴随潜意识冲突，这些潜意识冲突是由创伤性记忆、冲突性冲动和痛苦体验组成的。导致患者出现症状的某些力量也会阻抑这些记忆、体验和冲动在意识中浮现。这些力量还会阻碍将患者痛苦的情感内容带入意识。治疗中常常需要有勇气去面对重现痛苦记忆和感受所带来的沮丧。由此，我们就可以理解患者或许不愿意经受心理治疗的历程。

阻抗

*阻抗*是一个广义的概念，泛指患者对抗痛苦的治疗工作的所有力量。有许多不同类型的阻抗，包括惧怕任何改变、过分严厉的良知通过持续的神经症性痛苦来惩罚患者、持续满足那些形成情感疾病的不成熟的冲动。上面最后一种阻抗常见于色情移情或充满憎恨的移情。患者可能对治疗师有色情移情，他只想获得满足而不愿理解它。患者也可能会有充满憎恨的移情，他想挫败治疗师而不愿弄清楚自己攻击性的来源。上面这两个

例子是一种特殊形式的阻抗，称为移情阻抗，本章后面的部分将对此进行讨论（参见“移情阻抗”）。还有一种阻抗是由于治疗可能会揭示出强烈的、不成熟的冲动，患者对体验和表达这种冲动非常恐惧，因而产生阻抗。

见诸行动所带来的快感也能对治疗形成阻抗。见诸行动可见于成瘾和性变态的患者，他们通过见诸行动使冲突性的冲动获得满足。患者不愿容纳和解释这些冲突性的冲动。见诸行动也见于更为紊乱的患者，他们可能是冲动性的。例如，当患者对治疗师有强烈的憎恨移情或色情移情时，他们会在治疗外找到可以将这些情绪见诸行动的对象，而不是在治疗中讨论、解释和驾驭这些情绪。见诸行动也可发生在治疗关系中以及患者对治疗师有强烈情感的时候。患者可能驾车时总要在治疗师的家门口经过或者会收集有关治疗师的个人信息。这种特殊类型的见诸行动是另一种形式的移情阻抗。

疾病带来的继发性获益也会导致对康复的阻抗。由于生病会得到别人提供的休养环境和特殊照顾，许多患者会很习惯于此以至于不愿放弃疾病“带来的好处”，而这种放弃对于康复是很有必要的。此外，在经济上和情感上对享受精神残疾福利所形成的依赖可能是康复过程中难以克服的障碍。

防御

包括治疗中的患者在内，所有人都会运用*防御机制*将痛苦的情感和记忆隔离于意识觉察范围之外。这些防御机制是特定的、独立的思维策略或方式，被用来避免触及痛苦的情感内容。患者的防御机制是心理治疗中阻抗的重要来源。1936 年，安娜·弗洛伊德（1966）在《自我和防御机制》一书中概要论述了许多防御策略的功能。从那时起，防御机制的名目不断增多，并得以详细阐述（表 7-1）。下面会介绍最常见、最重要的防御机制。

更为原始的防御机制——分裂、投射、投射认同、全能感、贬低和原始理想化，将在第 14 章“边缘型人格障碍和其他严重病态人格的心理治疗”中进行讨论。

表 7-1. 防御机制

常见防御机制	原始防御机制
压抑	分裂
否认	投射
反向形成	投射认同
置换	全能
逆转	贬低
抑制	原始理想化
与攻击者认同	
禁欲	
理智化	
情感隔离	
退行	
升华	

压抑

作为西格蒙德·弗洛伊德最先描述的防御机制之一，压抑是指主动将痛苦的记忆、情感和冲动排斥于意识范围之外。例如，一位性唤起障碍的癔症患者，她压抑了所有跟性唤起有关的情感，也可能压抑了童年早期引起冲突的、与性有关的情感记忆。

否认

与压抑相似，否认是指将患者的注意力从痛苦的观念或情

感中转移开，但并没有使它们完全脱离意识。一位使用否认机制的患者只是简单地忽略了令人痛苦的现实，从他的表现中似乎这些现实根本不存在。例如，一位不光彩的、被免职的领导，仍会摆出一副受人尊重的官架子；在家庭中闭口不谈垂死的亲属，以回避痛苦的情感。

反向形成

所有患者都会有某种程度的反向形成，而在强迫障碍的患者中尤为明显。反向形成时会通过夸大一种情绪倾向来帮助压抑相反的情绪。强迫的患者可表现为守时、过度节俭和整洁，以此来防御拖拉、挥霍和脏乱的愿望。

置换

简单来讲，置换是指改变一个人的情感所指向的客体，从真正的客体转到一个更为安全的客体身上。一位工作者对老板非常愤怒，回家后打自己的狗并对家人大喊大叫，这是大家很熟悉的一个置换的例子。在治疗情境中，患者经常置换他们对治疗师的移情情感，从而把这些移情情感表达为是对生活中其他人的情感。当患者在自由联想时谈到他针对其他人的爱、恨、愤怒、竞争等情感时，往往是在表达对治疗师的情感。

逆转

逆转是指将冲动从主动变为被动（或从被动变为主动）或者将冲动从指向他人变为指向自体（或从指向自体变为指向他人）。一个常见例子是，通过主动施虐来隐藏尚未意识到的受虐愿望。再比如，通过谴责自己来替代表达对别人的失望。

抑制

抑制是指通过限制思维或活动以避免这些思维或活动激起

的焦虑。抑制常见于恐怖症患者，他们会回避引起恐怖的事物和情境（例如，高处、乘机旅行、某些动物）。抑制还可见于一些患者，比如，他们不做决断或不表达性欲，以此来避免焦虑。

与攻击者认同

与攻击者认同这种防御机制指的是，患者感知到外部权威的攻击性和令人生畏的举止态度而后加以模仿。比如正在学习控制自己冲动的小孩子，会模仿甚至是夸张地模仿对他们要求苛刻的父母，严厉地批评他们的同伴。同样，患者也会采用一种吹毛求疵的态度来掩饰他们对批评性权威人物的恐惧。

禁欲

安娜·弗洛伊德将禁欲视作一种防御机制，特别是常被青少年用于控制性萌动所带来的强烈的性压力。禁欲是否认自己的愉悦感。这种否认可能涉及食物、睡眠、锻炼或性满足——通常会带着一种优越感以及为自己好的想法把它们否认掉。

理智化

理智化是指在体验和谈论冲突性话题时，处于极端的认知层面并表现得很现实，缺乏相关的情感体验。

情感隔离

情感隔离是一种与理智化有关的防御机制，是对与特定想法有关的情感的压抑。理智化和情感隔离都是强迫症患者的典型表现。

退行

退行是指退回到性心理功能更早期的模式，以回避在之后的发展阶段体验到的冲突。退行到口欲期和肛欲期以避免俄狄

浦斯期冲突，在临床上颇为常见。

升华

升华是一种成熟的防御机制。这是所希望的将儿童期原始的冲动健康地、无冲突地进化到成熟的表达水平。例如，一位画家或陶艺家可能将涂抹大便的愿望升华了，一位摄影师则可能升华了窥视的欲望，而舞蹈家和演员可能升华了他们的暴露欲。政治活动给升华了的攻击性提供了表达渠道。健康的成人友谊部分上是受升华了的同性恋和乱伦冲动所驱使的。

解释阻抗和防御机制

在心理动力学心理治疗中，治疗师希望理解造成患者情绪症状的潜意识冲突。冲突是在儿童的正常冲动与不愉快情感联系在一起的时候产生的，这些不愉快情感可以是害怕受到惩罚、不被认可以及失望等。每一个体生来就具有他自身的素质条件——例如内驱力和愿望的强度以及耐受挫折的能力。每一个体也有其独特的个人成长史，根植于在他所处的人际环境中与父母、家庭和其他照料者之间的互动。没有人在成长中不会经历一些冲突——冲动与禁止之间的碰撞，这些冲突由于各种防御机制的作用而处于潜意识中，它们可能导致神经症症状。

在治疗中，治疗师力图解释那些遮盖过去冲突的防御，从而使患者能够在意识层面重新体验与这些冲突相关联的过去被禁止的冲动、记忆、恐惧、失望和痛苦的情感（表 7-2）。治疗师会从患者自由联想的阻断中探察阻抗的存在。当患者的自由联想变得琐碎而繁杂，似乎只是在报告一些平日的琐事，很少触及个体的深层体验时，会证实阻抗的存在。阻抗也可能是情感的阻抑或缺如、乏味的气氛、回避讨论与情感相关的细节或是患者的语塞和沉默。患者无论何时或以何种形式呈现阻抗，都是因为他

在保护自己免于记起和重新体验过去那些与被禁止的冲动相关的危险和恐惧。

表 7-2. 解释阻抗的原则

承认现实因素对阻抗的作用
尊重体现患者个性力量的阻抗和防御
牢记，必须在患者识别和体验阻抗之后再对其进行解释
在解释内容（在阻抗什么或是为什么要阻抗）前先解释阻抗

许多阻抗源自于患者的性格结构。例如，一位拘谨的强迫症患者可能会避开痛苦的事情，转而执著于微不足道、琐碎的细节，此时，他的情感也被隔离掉了。不管在哪里，患者都会运用特征性的人格模式来防御焦虑，在治疗中同样如此。另一方面，有表演型人格特征的患者却很难提供给治疗师在他情感上有重要意义的事件的精确细节，这既是因为典型的表演型个体会运用压抑的防御机制，也是因为他通常会凭印象模糊地体验事件和加工信息，这同样是表演型患者的典型特点。

患者的防御在治疗中造成了阻抗，这些防御源自于回避精神痛苦的愿望，同时也反映出先天个性结构的适应力。强迫型的患者隔离了情感并且注重大量的细节，他们可能会从事诸如神经外科医生、航空交通管制员或者飞行员这样的工作，在这些工作中，他们有能力准确地描述和沉着地应对充满压力的情境，同时不会忽略掉大量的重要细节。表演型的患者模糊或凭印象对待事物的方式也可能让他们适合从事表演、艺术或需要有强烈情感卷入的其他领域。

性格和防御代表了构建心理和情绪体验的方式，以此最大限度地减少心理痛苦，并将个体的人际和心理内部的功能与关系带入到与外部现实的协调统一中来。一种特定性格结构的防御应被临床医生视作个体人格力量的体现，它们对于适应和行使功能非常重要。尽管防御似乎会通过促进阻抗而妨碍动力学

心理治疗的探索工作，但它们作为了解患者重要信息的来源应当受到尊重，要循序渐进地解释它们，不可急于面质。在精神分析早期时代，弗洛伊德在解释潜意识内容时没有考虑患者阻抗性的防御。然而，他很快就认识到，患者的防御持续阻碍着潜意识内容的浮现，如果仅对后者进行解释，并不能整合这些被禁锢在潜意识中的冲突。相反，这些心理冲突很快又会受制于同样的防御，再次进入潜意识中。

因此，弗洛伊德提出了至今在动力学心理治疗中仍十分重要的原则——即"在解释内容前先解释阻抗"或"由表及里地解释"。此原则意指治疗师首先要指出患者的阻抗，将患者的注意吸引到阻抗上来。然后，治疗师会探察在特定时刻患者对阻抗的需要。接下来，治疗师就能够深入探索以确定患者具体在防御什么。

很多来自不同心理动力学流派的现代理论学者重新强调需要谨慎、一致地解释阻抗（Gray，1994）。接近阻抗的方法已受到重视，这些方法常常涉及解释某种阻抗存在的需要以及患者需要回避的心理上的危险。由此，治疗师帮助患者扩大了他内观心理活动的能力。

自体心理学是一种现代的心理动力学思考方法，它不同于传统的弗洛伊德式本能驱力理论，后者认为本能驱力由于防御而变得冲突、压抑并处于潜意识中。自体心理学家认为最重要的是患者的自体感以及自体感觉到内聚或易于不稳定和瓦解的程度。从这一角度，防御不再被看作是发现隐藏冲突的障碍，而是脆弱自体免于变虚弱或进一步衰竭的极为重要的保护力量（Ornstein，1988）。因此，在解释被防御的情感时，需要敏锐地觉察患者的安全感和内聚感的状态，并以此指导对防御的解释。类似地，自体心理学也强调了共情或从患者体验的角度进行解释的重要性，并视它们为分析性干预的模式（Schwaber，1984）。

实际上，从最现代的自体心理学观点（不同于有关心理动力

学探索的、更为经典的自我心理学概念)来看,对治疗中的防御和阻抗进行分析并不是一个特定的目标。事实上,更多的观点认为,在特定的治疗情境中患者心理舒适的程度起伏不定,作为它的副产品产生了防御和阻抗。从这个角度,“阻抗”可以被看作:当分析的速度、深度或者分析师敏感觉察患者状态上的失误超出了患者对一系列敏感话题作探索的耐受水平时,患者对这一过程的回避、厌恶或退缩。认识到防御是对特定治疗情境的反应,对于探索患者的厌恶反应提供了有用的线索,而更早期解释防御的治疗目标是要暴露防御所掩盖的、假定为更重要的心理问题(Lichtenberg 等,1996)。

移情阻抗

除了患者先天性格模式里典型的防御所造成的阻抗外,还有几种移情阻抗。当患者体验到对治疗师的强烈情感时会产生此类阻抗。这些情感倾向于接管治疗的方向,使患者偏离理性目标——即揭示和解决导致症状的冲突。移情阻抗源于强烈的正性或负性移情态度。出现色情移情的患者会期望与治疗师发生性关系,或者为了避免觉察到移情中强烈的性的情感而出现阻抗。更倾向于自恋和依赖的患者或许渴望得到的是赞许、认可和支持,而不是领悟。在移情渴望中感到受挫的话,患者可能会在一段时期内非常愤怒,有报复性,拒绝与治疗师合作,以此来挫败他的治疗师。下面是一个移情阻抗的例子:

多年来,一位教师在心理动力学心理治疗中始终避免与治疗师有任何的情感接近。对治疗师异常的热情持续了几周之后,患者带着温和的心情来做治疗并高兴地告诉治疗师她新养的小狗有多滑稽。突然,她打住话题,说:“我感觉你现在跟我很隔离。过去在与男友的关系中我常有这种感觉,从母亲那里我也常常感受到这种距离。”

在最初几个月的访谈里，这样一种感受会扰动治疗关系，招致情感上的距离，这种情况可能要持续存在好几个星期。如今，经历了几年的治疗，患者已很有能力处理她的阻抗。她说："我想我之所以打住话题是因为你没有笑，没有和我分享对小狗的快乐。我母亲也从来没有共情过我的快乐，她只是在我不幸的时候与我分忧。有时，她的确也笑，但与其说跟我一起笑，倒不如说是在笑我。母亲会说，作为聪明的女孩，沉默是金是我的本分。"

尽管患者谈出了这些重要的关联，但由于治疗师没有在她谈小狗的时候也一起笑，患者仍然保持着敌意和退缩的态势。她处于移情阻抗的状态中，这既反映出在她有爱的冲动时曾有过的挫败感，在更深层面，也反映了她对扩展爱的情感心存恐惧。治疗师问道："昨天你在这里感觉怎样?"患者回应说："不错。啊，我明白了。是的，面对你时我感到平静而温暖，这总是让我很焦虑。我有时感到与你亲近，有时又会对你很愤怒，常常在这两种状态之间摆动。我感觉我必须很努力地把你拉过来，让你保持对我的关注。"治疗师问："你过去也会这样努力地吸引住你母亲的注意吗?"患者答到："是的，但是我从不相信她会注意我，我永远不能留住她的注意。"

这一成功解释移情阻抗的片段使得治疗师能够进一步澄清患者一个持续一生的模式，即她总是在追寻矛盾的且在情感上难以接近的男性。

如上面的例子所示，移情阻抗——总体来讲是阻抗——既可以给治疗带来危机，但是如果能成功地得到解释，也是一次机遇，可以理解和重新加工源于过去的、有冲突并且令人束缚的模式。

这个例子也说明了应该怎样处理患者阻抗的问题。治疗师必须先让患者意识到他在阻抗(Greenson，1967)。因为，如果患者认为他的反应合情合理的话，是不可能与他一起工作来解释阻抗的。有时，治疗师必须等待，直到阻抗变得强烈和明显到患者可以承认的时候。下面两个例子说明了治疗师把握时机的重要性：

有位患者每次治疗都要迟到7分钟或者8分钟。对他的迟到，患者总会做些合理的、冠冕堂皇的解释，而治疗师认为这是患者对治疗的阻抗。一连几个月，患者总是迟到而且次数越来越多，他这才承认他的迟到现象不仅仅是因为他所说的理由。只有在那个时候，他才能够在意识层面体验和承认他的焦虑以及他想要回避在移情中逐渐深入的情感。

处理任何阻抗时首先要向患者证实他在阻抗。在解释阻抗什么以及为何阻抗之前必须先做到这点。

一位有偏执和分裂特征的患者处于强烈敌对的移情阻抗里，她打算减少或者中断每周两次的治疗。她的合理解释是治疗师不值得信任、剥削她并且只想要她的钱。治疗师引导患者一起来关注她表现出的敌对情绪。之后，让患者注意到她的敌对情绪恰巧出现在她有所得的时候，包括刚得到了一份高薪的工作，以及作为最大的所得，她终于为自己买下了一栋住房，所有这些都让患者非常焦虑。

患者承认，对于买房她紧张不安，尤其担心卖房人会骗她。事实上，就总体而言，她是非常害怕被欺骗或被伤害的。她特别担心一搬入新房，就会有人从一楼破窗而入。焦虑的缘由在她一连串的梦里清晰地显现出来，她梦见自己在与母亲做生死存亡的斗争。通过这些梦，患者再度体验到母亲对她的妒忌、贬低和占有，正像她与治疗师的关系中具有的体验以及买房时的恐惧体验。患者惧怕母亲对她的成就心存忌恨，阻碍她逐渐发展的独立和自主。治疗师已经成功地让患者注意到她在阻抗的事实。然后，通过对梦的工作，将移情阻抗与这种强烈的焦虑联系在一起。

处理阻抗的过程中，在解释潜意识动机之前尊重防御、避免与患者争论以及识别阻抗的现实成分总是很重要的(见表7-2)。例如，患者常说自己做治疗有困难是因为没有足够的时间和钱。这些问题是现实，并且常常真的构成对治疗的阻碍。在开始深

入和扩展对这类阻碍的探询之前先承认它的现实性，这是很有用的做法。以强迫症患者为例，有益的做法是承认他考虑细节的能力是他的优势。然后，治疗师可以指出："有时，一块非常健硕的肌肉却也能干扰其他的运动。"机智、尊重、保持与患者理性部分的治疗联盟是处理阻抗的关键所在。

参考文献

Freud A: The Ego and the Mechanisms of Defense, Revised Edition. New York, International Universities Press, 1966

Gray P: The Ego and Analysis of Defense. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1994

Greenson R: The Technique and Practice of Psychoanalysis, Vol 1. New York, International Universities Press, 1967

Lichtenberg JD, Lachmann FM, Fosshage JL: Ten principles of technique, in The Clinical Exchange: Techniques Derived from Self and Motivational Systems. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1996, pp 35–70

Ornstein A: Self-object transferences and the process of working through, in The Realities of Transference: Progress in Self Psychology, Vol 6. Edited by Goldberg A. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1988, pp 116–134

Schwaber E: Empathy: a mode of analytic listening, in Empathy, Vol II. Edited by Lichtenberg J, Bornstein M, Silver D. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1984

补充阅读

Nemiah JC: Foundations of Psychopathology. New York, Oxford University Press, 1961

Sandler J, Dare C, Holder A: The Patient and the Analyst: The Basis of the Psychoanalytic Process. New York, International Universities Press, 1973

Shapiro D: Neurotic Styles. New York, Basic Books, 1965

8 移 情

弗洛伊德曾致力于理解移情这一概念。精神分析的创始人将移情视作所有人类关系的一部分，现如今，这一点已为精神分析师们所公认。据此，移情是个非常重要的概念。根据弗洛伊德的观点，不仅仅在精神分析和心理治疗中，在任何地方，人们都会通过在情感上重现他们过去关系的重要方面来构建他们现在的关系(Freud，1912/1958；McLaughlin，1981)。

我们可以通过想象由一系列透明的塑料页装订成的解剖图谱，来生动地理解移情的作用。掀开第一页，读者会看到体表。翻过这一页，肌肉会显露出来，而肌肉下面的大血管几乎看不到。当读者再翻到下一页的时候，就能看到血管和主要神经，另外，还可以透视到下面的骨骼。当翻到最后一页的时候，骨骼一览无余。移情也情同此理，各种关系的记忆彼此叠加，我们所观察到的表面现象决定于其下相连的微妙的部分，而这超出了我们意识所能觉察的范围。

因此，对移情的另一种理解是：把人类心理看成部分是由过去生活中与重要客体有关的各种记忆组成。这些被组织起来的记忆称为客体表象。不论何时，当一个人遇到新的客体时，他就会开始构建新的客体表象。很明显，只有当新的客体对观察者很重要的时候，这个过程才会深入达到有意义的程度；但是无论何时发生这一过程，在努力去理解新客体的时候，观察者会扫描其记忆中存储的标准来评价和比较新的客体。很快，新的和旧

的客体表象在心理上会连在一起，以满足观察者对熟悉感的需要以及其他的心理需要。那些最初指向老朋友、亲戚、所爱之人或敌人的观念和情感，现在就被转移到了新客体身上。

当我们观察个体并与之谈论他们现在的生活或关系时，我们所看到的是他们精神生活的表面现象。表层之下是他们过去重要关系的记忆，这些记忆如同皮肤下面的肌肉、神经和骨骼，构成了他们现在以及过去的人际世界这一有机整体的关键部分。但是，个体通常只会将现在的关系视为全部。现在的关系和过去的关系之间的连接，以及现在的关系如何唤起了过去的关系都是人们无法意识到的。因此，在治疗中，治疗师可能会体验到移情是一种压力，促使治疗师以患者童年时期经历过的关系来对待他。

重复过去的需要

人们会在所有关系中形成移情。这是因为我们会利用过去作为模板来理解现在，还因为在努力掌控那些困难和令人痛苦的过去时，所有人似乎都有重复过去的心理需要。由于在心理发展的过程中遭遇困难和痛苦在所难免，这种强迫性重复及其引发的移情便成为普遍存在的人类体验。精神分析师与患者在经典精神分析的关系中会发展出一种非常强烈的移情形式——移情神经症。在这种情况下，被分析者会将那些构成他情绪障碍核心的、重要的记忆、想法、情感、冲动和冲突都归结到分析师这一客体表象上。在与分析师的关系中，患者会详细描述这种冲突。同时，在精神分析中患者也会呈现出其人际互动中的其他特征模式——反映患者人格结构的模式。当然，这种人格结构的发展形成部分地会受到儿童期冲突的影响。

精神分析的整个过程是很有强度的，这是由于患者躺在躺椅上，并且看不到相对沉默的分析师。这两种技术削弱了患者

“此时此地”的现实感。此外,患者要进行自由联想,借此将潜意识的想法和情感带入到意识中来。患者会阻断潜意识强烈的移情性情感进入意识,而分析师会对阻断的方式进行解释,这可协助潜意识的想法和情感进入意识的过程。总而言之,精神分析师会支持治疗中的强迫性重复活动。在心理动力学心理治疗中,治疗师也有相似的沉默,并且运用相似的解释。于是就创造了一种氛围,在这种氛围中意识层面的移情反应尽管没有在精神分析中出现的移情神经症那么强烈,但是仍相对于一般关系中的移情反应更为强烈(表 8-1)。

表 8-1. 影响移情发展的因素

患者需要重复过去
精神分析师的节制
患者相对自由的联想
对防御的解释
对移情的解释

心理动力学心理治疗中的移情

在心理动力学心理治疗中,发展移情和理解移情是治疗师最重要的工具之一。通过它可以在咨询室中生动展现患者的困难问题,并且可以在现实存在的、有意义的环境中深层次地检验它们。事实上,正是这种过程使得心理动力学心理治疗有别于其他形式的治疗。

从另一种同等重要的视角来看,移情使患者回忆起已经忘却的事情——是潜意识的而且是心理痛苦的根源。有关精神科治疗的通俗漫画常常描述患者会以戏剧化的方式回忆起童年往事。事实上,这种回忆的唤起是源于不断剖析长久遗忘的记忆

片段，有时是重复体验那些在移情关系中呈现的既往经历。通过移情，患者会形成对既往经历的理解，明白这些经历是如何在此时此地重现的。

一个人的很多心理活动会通过运用防御机制或者思考方式使得意识之外的事情保持在潜意识之中。因为移情通常会涉及长久遗忘的、冲突性的关系，所以患者往往不愿接触移情关系中的情感、观念和记忆，在此过程中，患者会表现出对动力学心理治疗师的拒绝，甚至会从治疗中逃走。因此，如果想有效地运用移情使治疗获得成功，就必须理解这种移情阻抗的观点。

移情的形式

在第 6 章“开始治疗”中，讨论了工作联盟或治疗联盟的形成，还探讨了患者的挫败感常常是移情显现的最初征象。随着移情进一步发展，不同的患者会表现出不同形式的移情。每一对患者-治疗师中，移情关系的体验既独特又让人劳神。特别是初学者，通常没有体验过来自患者如此强烈的情绪，诸如爱、性愿望、达到厌恶甚至憎恨的挫败感、无休止的苛求，或表达很彻底的无助等，尽管这些患者像躯体疾病患者那样是来寻求治疗以减轻痛苦或治愈疾病的。

如果初学者不曾想过精神科医生与其他各科医生角色的不同，那么他现在就必须考虑这个问题。在其他形式的治疗中，医生从来不会像精神分析师那样将自己作为患者最强烈情感投注的对象，并允许患者体验到他的痛苦是来自医生，从而达到有效的干预(Bird，1972)。这些强烈情感引起的治疗师的情感反应(反移情)也可能是非常强烈的(参见第 9 章，“反移情”)。

心理动力学心理治疗师要树立信心把移情作为治疗的工具。初学者常会担心，在帮助患者发展出移情后反而会伤害到

患者。事实上，治疗师搭建了一个平台，从而可以深入探索患者的心理运作方式，以及患者如何才能达到内心的平静。

对移情进行工作

在跟患者讨论了最初的移情性失望，并且建立了工作联盟(至少是初步的工作联盟)之后，心理治疗师必须对患者引发的多种互动保持敏锐。尽管这些互动表面看起来很寻常，或是一些促进治疗的探讨，然而，患者会充分利用任何可能的、此时此地的互动来展现过去并对强迫性重复的需要做出反应。在与治疗师的关系中，患者会形成和展现移情反应。

通常，在治疗的这个阶段，患者开始表达对治疗师的好奇，或者抱怨治疗师在患者极端痛苦的问题上做得不够。有些时候，患者会表示出对精神科医生在心理治疗中的努力不感兴趣，或宣称精神科医生已经取得成功，治疗可以结束了！几乎任何反应都有可能发生。在这个阶段，有些粗略但实用的方法可以帮助心理治疗师对移情进行工作。治疗师必须时常考虑患者对治疗师有何想法、有何感受，而且治疗师应避免把患者对治疗师的评论当成是对抽象体验的、不含情感色彩的评论。为了帮助患者理解移情并开始发展对移情工作的能力，精神科医生就必须引导患者关注他对治疗师的想法。因此，治疗师可以请患者描述他对治疗师的想法或感受(Halpert，1994；Ogden，1995)(表 8-2)。这将使患者和治疗师的注意集中在一起，形成更为细致的移情画面，正如下面的案例所示：

表 8-2. 心理动力学心理治疗中移情的应用

重现过去
协助回忆过去史
协助理解在所有情境中个人的反应

一位30多岁的男子前来治疗，原因是他妻子第一次怀孕，期间他感到自己越来越焦虑。6个月后，他的妻子即将临产，他提出在妻子分娩后他就结束治疗。他说精神科医生已经给予他很多帮助，因此他现在能与妻子和睦相处。患者对治疗师深表感激，并大加赞扬。然而，精神科医生知道这名男性仍遭受许多冲突的困扰。这些冲突使他在学习、工作、与密友和爱人关系方面的潜力无法实现。精神科医生也知道他曾经告诉过患者这些情况。他认为在移情背景下患者说要结束治疗，那是一种阻抗——一种回避治疗深入的方式，这会揭示出患者潜意识冲动和恐惧的本质。

精神科医生引导患者将注意力转向移情，他对患者说："你提到我对你帮助很大，并且称赞了我。现在请更详细地谈谈你对我的一些感受。你对我有什么看法，特别是从你知道我认为我们还有很多工作要做之后？"患者回应道，实际上他很生气，因为他认为精神科医生提这样的问题很冒昧。精神科医生再次强调他很有兴趣知道患者视他为冒犯者时的感受，并请他说得详细些。精神科医生平静地提出了这个问题，患者对此表达了他的看法，他认为精神科医生实际上并无兴趣帮助他，而只是在满足他对治疗研究的兴趣。然后，精神科医生巧妙地指出患者以前很不愿意说出这些想法，并询问患者是否在治疗过程中还觉察到其他什么问题。这引出患者对精神科医生一连串的抱怨，暴露出许多先前隐藏的愤怒。

把这些问题都摆在桌面上谈出来了，却没有受到精神科医生的责难，这使得患者能够继续治疗下去。在随后2年多的治疗中，主要聚焦于患者与专横、自私的父亲之间的关系。有关父亲的记忆一直是他早期移情反应的根源。

此例中最重要的是把注意转到移情上来，注意到移情正在阻碍对问题的进一步揭示，这使得患者可以继续心理治疗。如果精神科医生不能容忍患者的情绪，不能在非评判性的、安全且中立的氛围中探索患者的情绪，这个治疗可能会提前告终，导致治疗失败。

移情阻抗

在心理动力学心理治疗中，患者经常固执地拒绝识别和探索移情。他们宣称他们对治疗师的情绪反应是非常合理的，没有必要做进一步地审查，或者宣称这都是些短暂而且不重要的情绪反应，根本不值得去探索。此时，治疗师最好给患者介绍一个移情的范例，以此作为患者开始其移情探索的第一步（Brenner，1976；Gray，1973；Loewald，1960；Raphling 和 Chused，1988）。

这种移情的范例中应该包含如下观点：心理治疗是一种特殊的情境，也是一个舞台，在这个舞台上，事物正常发展过程中所发生的事情会被允许以戏剧化的形式展现，因此也更容易被观察。但是，尽管患者的体验有夸大的色彩（甚至在这种体验还不明晰时），移情情境仍然遵循人类心理活动的规律。我们都会将过去关系中的情感和想法移情到现在的关系中。从心理意义上，这些情感是非常真实的。无论是什么（包括治疗师的真实行为）激起了这些情感，在心理治疗中检验它们都是很有帮助的。在心理治疗中这些情感可被用来说明患者困难问题的性质。下面的例子就说明了这些观点：

一位知识女性，物理学家，在她丈夫的敦促下很不情愿地前来接受心理动力学心理治疗。她的丈夫发现她越来越疏远，情感上难以接近。一开始，她就告诉她的女精神科医生，她不相信精神医学。无论医生怎样努力地共情和理解她的困境，患者都坚定地加以拒绝。心理治疗师试图让她思考对治疗师的感受，患者不但拒绝，而且还责怪治疗师的纠缠。事实上，移情是如此强烈，以至于很难发展出必要的治疗联盟。精神科医生花了几周的时间跟患者解释了本章前面描述的移情范例，甚至承认她的坚持可能会让患者感觉医生的个性很纠缠。最终，患者谈到她认为丈夫是个非常固执的人——就

像她父亲一样以强凌弱。患者从第一天起就一直试图压制这位精神科医生，在她心里，精神科医生好像是她的对手一般，这个对手的言行与她的丈夫很相似。此后，患者能够更好地利用移情反应来理解自己，她的治疗取得了进展。

此例也提示出重要一点，通过移情，可以把治疗师和与其性别不同的人连接在一起（Raphling 和 Chused，1988）。事实上，如果充分理解了移情，通常会发现患者在心理上将精神科医生与其父母相连接，既会对他表达爱的情感，也会对他表达攻击性的情感，如下例所示：

一名 50 岁的女性来做心理动力学心理治疗，她的女儿长大成人要离家生活，患者难以适应这样的分离。在治疗即将成功结束时，她告诉治疗师，在治疗关系中她现在感受到了自己成年时对母亲的爱。她认为治疗师对她帮助很大，使她可以接受女儿不在身边的生活，这种接受需要她放弃与女儿之间最紧密的情感纽带。她回忆起当她离开家上大学的时候，母亲也曾帮助她放下了她对母亲的依依不舍。精神科医生并不认为患者在简单地向治疗师表达她的情感和感激，反而认为这里面掺杂了移情和新的情感。因为患者在治疗期间已经学会了对移情的工作，所以治疗师指出了在治疗即将结束时，她对他的情感犹如以前她对母亲的情感。治疗师问患者是否联想起对母亲的其他感受，这时她谈出了她曾经对母亲让她离开家有多么的愤怒，因为此事她对父亲也同样满怀怒气。她想到孩子的离开令她愤怒，然后，她也意识到自己对精神科医生的愤怒，因为他允许治疗即将结束。现在，患者对父母和孩子的愤怒前所未有地成了治疗的焦点，通过移情的应用这些愤怒得以更深入的理解。

掌控这种愤怒需要患者获得一种崭新的能力，即能够理解并接受她对分离的愤怒，以及她对曾经允许分离的人——她的母亲、父亲、孩子，任何人，无论男性还是女性——的复杂的情感，既有愤怒也有爱。

移情是复杂的。移情跨越了性别的界限，它所涉及的情感

可以是原本指向不只一个人的情感,这些人可以是男性也可以是女性,而且,这些情感既可以是强烈的正性情感,也可以是强烈的负性情感。尽管移情可能为此时此地发生的事情所激发,仍然应当对它进行探索:这是个机会,可以用来研究个体的过去是如何影响他现在的体验的。

■ 色情和攻击性移情

当移情强烈时,正性或爱的情感通常会涉及色情的愿望,负性或攻击性的情感通常会涉及破坏性或憎恨的愿望。这些强烈的情感,代表着个体重新体验到在儿童期重要心理发展阶段他与父母、兄弟姊妹和其他重要人物关系中的体验。因强迫性重复把这些情感带到与心理治疗师的关系中,所以这些情感存在于移情之中,不过在大多数情况下,如果未加注意的话,它们大多是潜意识的。因此,治疗师会巧妙地探索患者如何用思维来遮蔽移情,通过治疗师的干预可以使这些情感进入意识。将这些情感带入意识,就能够对患者的心理痛苦和他人格形成的最重要因素进行细致并且具有情感意义的探索。

下面的例子说明了色情和攻击性移情:

一位 25 岁的男性,在面临完成学业并即将开始他的职业生涯时变得抑郁和焦虑,并出现了恐怖症状。在进行了 6 个月的心理动力学心理治疗后,他感觉有些不喜欢自己的女精神科医生。他做了一系列的梦,并在治疗中描述了这些梦。在梦中,他与不同的女人在一起,但他觉得这些女人都缺少魅力。然而,精神科医生却发现他来治疗时开始衣着讲究,并告诉治疗师女人们是多么喜欢他以及她们是多么愿意和他做爱。有好几次,精神科医生考虑患者是否在试图告诉她,他对她是多么有吸引力,而且精神科医生注意到他每次来治疗时都要换身衣服。经过一段时间的努力,患者终于承认他发现

治疗师很有魅力，他在想象和她出去约会将是什么样子。在随后的2年中，患者持续不断地表达对精神科医生的爱和性的渴望，并且对精神科医生拒绝和他约会感到愤怒。

当每周2次的心理动力学心理治疗进行到第3年的时候，患者认识到，儿时他曾想完全占有母亲，并希望他的父亲消失。现在，患者把这种认识与对医生的情感联系在了一起。他害怕开始他的职业生涯，这是他来接受治疗的原因。他的这种恐惧可被理解为不愿意进入成人世界与成年男性竞争成年女性的爱，这些成年女性在其潜意识中代表了他的母亲。他逐渐明白，他儿时对母亲的渴望在他内心里激起了极度的焦虑。

修通移情

患者可能会沉迷于强烈的移情体验，以此作为一种防御来回避思考导致他来寻求治疗的困难问题和冲突。然而，更常见的情况是，强烈的移情提供了一个理解和修通患者早年重要生活经历的机会，这个过程有时需要花费几年的时间。在许多障碍中，特别是传统上被精神分析师称作神经症的障碍中，移情是针对父母强烈的爱与恨的俄狄浦斯情感。在这些案例中，移情可在咨询室中被激活，它能够被模糊地识别出来，同时，它又是患者的思想、情感和行为的有力组织者。治疗师协助患者将这些愿望和冲动带入意识，然后帮助患者识别、理解和掌控它们：那么这些愿望和冲动就不再像幼年时那样势不可挡了。这个过程就称为修通。

然而，即使修通过程已经发生了，婴儿期冲动还能在潜意识中再次找到避难所，并引起精神冲突和痛苦。因此，成功的心理动力学心理治疗的目的是让患者学会在治疗结束后进行自我探索，以便解决以后会出现的心理困难(Norman 等，1976)。当移情充分展开并被仔细地探索后，患者才最有可能成功地

维系幸福感和掌控感。并且，在探索的过程中，患者将会掌握许多自我探索的技巧，这些技巧在治疗的结束阶段会进一步得到强化。

治疗师的见诸行动和投射认同

关于移情，当前最激烈的争论是有关在发展移情或阻止发展移情中治疗师的角色问题（Hoffman，1992，1994）。一些分析性的理论家认为：为了发展移情，医生必须甘愿作为患者在治疗室里所发信息的接收者（Ogden，1983）。患者看治疗师就像看漫画一样：他在治疗师身上以夸张的方式看到了某些东西，这是患者过去生活中某个人物身上所具有的，而那个人当前正处在患者体验的核心位置。这种“准备好的移情”记忆将会指向治疗师本人。治疗师必须牢记他（治疗师）并非真的是那个样子。因此，尽管治疗师会被看成和过去那个人之间有相似之处并且在治疗的二元关系里被推动接受所赋予的那个角色，也没有必要感到太不舒服。有时候，随着治疗师逐渐接受了那个角色，治疗双方都会表现出一些行为，这些行为反映且证实了患者移情的性质。在治疗关系中的这种情感以及相关的行为有时候被称作*移情-反移情见诸行动*或*被接受的投射认同*（Gabbard，1995）。下面的例子说明了这个现象，并展示出通过理解正在隐秘发生的事情，治疗师能了解更多的信息来帮助患者理解自己。

一位40多岁的女性来做动力学心理治疗，原因是长期以来难以与女性同事相处。她是一名小学老师，身边的领导和同事几乎都是女性。她经常认为这些女性很霸道，对她颐指气使。在治疗中，她常常沉默不语，表现得很被动。而通常在几分钟之后，她会请求精神科医生根据最近访谈中所谈及的重要话题来提议她们应该谈论什么，以此让医生引导访谈的进程。尽管不情愿这么做，但是精神科医

生认为，如果这样做的话，或许可以在治疗中树立让患者认同的榜样。因此她开始顺从患者想要被指引的愿望。在这个月内，患者开始抱怨治疗师很专横，不允许她有必要的自由进行更多的自由联想。事实上，患者抱怨她和精神科医生的关系已经变得非常像她和其他女性的关系。治疗师对此进行了反思，逐渐认识到：患者一直敦促她在治疗中确定访谈的内容和方向，她也顺从了患者提出的请求，而那时她本应该更多地询问患者为何要这样。她推测，患者在潜意识地推动建立一种互动方式，在这种互动中患者将精神科医生体验为专横之人，而作为精神科医生，她潜意识地接受了这一角色。精神科医生就此向患者做了解释，并询问患者除了在工作中，是否在她过去的生活中也有过类似被专横女人控制的经历，患者当即说她和母亲的关系基本就是这种模式。患者开始明白，她试图在与所有女性的关系中再现这一情境，与治疗师的关系也不例外。治疗师也渐渐理解，她对此有所失察，在治疗关系中她已经积极地参与到实现这种互动形式的过程中了。

处理“没有”移情

有时候，可能在与患者的关系中很难把移情识别出来。移情是普遍存在的现象，当移情在治疗中被识别出来的时候，患者对自己的理解就会更加深入。但是，临床医生该如何应对“没有”移情的现象呢？

首先，最好记住，“没有”移情本身就是一种移情。患者对精神科医生没有任何情感，这一现象透露出有关患者人际生活的信息，或许在早年的关系中就已经存在了。一旦治疗师具备了这样的内在设置，他就会开始仔细寻找移情的征象。它们通常会以治疗师对患者的反应这样的形式呈现，尤其是那些不像是对表面的访谈内容做出的反应。下面的例子会说明这一过程。

一位40多岁的男性来寻求帮助，原因是他无法寻觅到女性结婚。不过，很快他就忘记了这方面的主诉；而治疗却在继续，月复一月。治疗中他感觉没什么可说的，而当精神科医生询问他那又为何会坚持每周2次的心理治疗时，他回答说："因为你是专家，在咨询中你告诉我我需要这种形式的治疗。"治疗师想，如果几个月以来患者在治疗中都觉得无话可说，而仍然坚持治疗就是因为治疗师提出了来治疗的建议的话，那么患者一定对她存在某种情感。而患者只是提到她是专家，他会欣然接受她提出的建议，并说自己很幸运能一开始就被介绍到她这儿来做治疗。

治疗师开始对患者的这个回应感到不太舒服，每当她询问患者对她或者对治疗有何感受时，他总会如实回应。尽管患者在回应治疗师的时候很平静、也很诚恳，治疗师最终还是感到了愤怒和无助。她怀疑是否患者由于某些原因希望她有这样的感受。当她进行心理动力学倾听的时候，她倾听出了隐含的信息——患者过去经常感到被年长4岁的哥哥取笑和激怒。后来，治疗师开始更多地询问有关他和哥哥的关系。结果发现这一关系非常重要，在漫长的童年岁月里，他都感到自己的无助和愚蠢。治疗师反思，患者唤起她愤怒和无助的反移情也许是要告诉治疗师他与哥哥的这种关系。反思后，治疗师就此对患者进行了探询，患者对她的说法表示同意，而且还提到，尽管意识上他能感觉到治疗师的善意，但是他经常认为治疗师用高人一等的口气和他说话，这令他感觉自己很愚蠢。现在他认识到这是一种移情反应。接下来的几个月，工作的重心放在了检验从哥哥转移到治疗师的移情反应。最后，患者对自己在童年期与哥哥之间的关系有了更深入的理解，并且理解了这种关系如何会映射到许许多多他在成人阶段的现实关系里。

参考文献

Bird B: Notes on transference: universal phenomenon and hardest part of analysis. J Am Psychoanal Assoc 20:267–301, 1972

Brenner C: Psychoanalytic Technique and Psychic Conflict. New York, International Universities Press, 1976

Freud S: The dynamics of transference (1912), in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol 12. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, 1958, pp 97–108

Gabbard GO: Countertransference: the emerging common ground. Int J Psychoanal 76:475–485, 1995

Gray P: Psychoanalytic technique and the ego's capacity for viewing intrapsychic activity. J Am Psychoanal Assoc 21:474–494, 1973

Halpert E: Asclepius: magic in transference to physicians. Psychoanal Q 63:733–755, 1994

Hoffman IZ: Some practical implications of a social-constructivist view of the psychoanalytic situation. Psychoanalytic Dialogue 2:287–304, 1992

Hoffman IZ: Dialectical thinking and therapeutic action in the psychoanalytic process. Psychoanal Q 63:187–218, 1994

Loewald HW: On the therapeutic action of psycho-analysis. Int J Psychoanal 41:16–33, 1960

McLaughlin JT: Transference, psychic reality, and countertransference. Psychoanal Q 50:639–664, 1981

Norman HF, Blacker KH, Oremland JD, et al: The fate of the transference neurosis after termination of a satisfactory analysis. J Am Psychoanal Assoc 24:471–498, 1976

Ogden TH: The concept of internal object relations. Int J Psychoanal 64: 227–241, 1983

Ogden TH: Analysing forms of aliveness and deadness of the transference-countertransference. Int J Psychoanal 76 (pt 4):695–709, 1995

Raphling DL, Chused JF: Transference across gender lines. J Am Psychoanal Assoc 36:77–104, 1988

补充阅读

Cooper AM: Changes in psychoanalytic ideas: transference interpretation. J Am Psychoanal Assoc 35:77–98, 1987

Freud S: Negation (1925), in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol 19. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, 1961, pp 235–239

Goldstein WN, Goldberg ST: The Transference in Psychotherapy. Northvale, NJ, Jason Aronson, 2003

Sandler J, Dare C, Holder A: The Patient and the Analyst: The Basis of the Psychoanalytic Process. New York, International Universities Press, 1973

9 反移情

反移情是治疗师对患者的情感反应。过去，反移情只是指治疗师对患者的移情。这种移情被认为是治疗师对患者的移情做出的反应。就像所有的移情一样，治疗师的反移情也来自潜意识的冲突；但是，这些未解决的冲突是治疗师的冲突，而不是患者的冲突。这种反移情被认为会在治疗中影响治疗师的判断能力。

反移情种类繁多。它们通常与治疗师生活中所经历的事件有因果关系，这些事件会使治疗师对患者联想中的某些主题更为敏感。治疗师所处的人生阶段——可能会涉及亲密、成就或是年老等问题——也可能会影响治疗师如何倾听患者。各种强烈的移情——色情、攻击性、贬低、理想化和其他形式的移情——都足以激起治疗师既往生活的元素。受训中的精神科医生可能会感到自己被培训要求、工作负荷或者循环往复的开始治疗与结束治疗等推来拉去，于是他也许会发现自己"所有"的患者都在谈论同样的主题，这些主题"恰好"与治疗师所关心的问题一致。当治疗师所有的患者似乎都在谈论感到工作负荷过大或愤怒或难过的时候，治疗师要对这些感受进行反思，并且考虑这个主题是否是被他筛选出来的；也许，这个主题根本不是他所有患者的核心问题。最后一点，在治疗师受训过程的结束阶段，当治疗师和患者要处理结束治疗的时候会出现一个常见的反移情。对于患者而言，这是治疗的结束；对于治疗师而言，它

既是治疗的结束，也是一段（受训）生活的告终，他既会面临搬迁，离开同事和朋友，也会伴有一种全新的成就感。这些复杂的情感交织在一起，可能导致治疗师忽略掉患者对治疗结束的感受，如下例所示：

伴随着伤感和极大的成就感，一位年轻的治疗师正在为结束他的培训做准备，他将搬往另一座城市。与此同时，他的患者正计划开始一段新的婚姻。治疗师担心患者在做一个错误的决定，担心他的行为太过冲动。他也害怕会发生什么事情给患者的生活带来“损害”。于是，治疗师找到一位同事，向他谈及了自己的感受。同事听完后认为患者听上去在做一个合理的决定，患者在谈论治疗是如何帮助了他以及他将会如何怀念治疗师之类的话。那天晚上，治疗师做了个梦，梦到7月下起了大雪。他思考着这个梦，依稀回忆起曾经与父亲有过的分离。那次分离发生在12月，当时治疗师只有3岁，身患重病，生命垂危。接着，治疗师又想起了这位患者，于是治疗师意识到，在他看这位患者的时候，他看到了自己对分离以及对“丢下父亲”的焦虑。之后，治疗师不再为患者过分担心了，他能够更好地倾听患者关于成功、希望的感受，也能更好地体验他自己的这些感受。

在这个案例中，治疗师一开始就从患者身上看到了他自己的担心和恐惧，同时防御掉了在他的成功里他所感受到的骄傲和成就感。因此，他倾听的重点发生了偏离（重点放在了焦虑上）并且错过了一个重要的主题（即成就感、竞争和成功），结果导致他对患者的倾听出现了扭曲。不过，治疗师恰当地借用同事的“耳朵”来帮助他处理了自己的反移情。

最近，反移情这一术语越来越多地用来描述在治疗情境中，治疗师对患者的几乎所有的情感反应。这种反应可能妨碍理解或者有助于理解患者——是更好地理解患者的工具。临床医生可能先通过观察在自身激起的微妙的情感反应，来发现患者的核心冲突。然后，临床医生可以通过自我分析来探索这些情感

反应。这些情感反应可能来自治疗师潜意识的映射，也可能是正在浮现的、隐藏在患者的言语、行为或幻想中的核心要素，下面的例子可说明这点：

一位孤僻的中年女教师冷冰冰地指责她的同事，接着又责怪治疗师有许多不足之处。"我不想跟你讲话。"她说，"我感觉你很遥远，你根本不在意我。"治疗师对此的反应是：感觉到疏远、枯燥，被患者的这些批评刺伤，并且对治疗工作产生了防御。之后不久，患者把她的感受与她和家人之间的情感疏离联系在一起。在家里，她感到不被人爱、不被人欣赏并且经常被人批评，尤其是她的妈妈。长久以来，她将自己退缩起来，与周围保持着情感上的疏离；她对自己丧失了希望，认为自己不够可爱，不值得获取一份充满爱与温暖的亲密关系。治疗师思考着患者是如何采取她母亲吹毛求疵和情感疏离的姿态来防御她对被重视和被爱慕的渴望。了解了这些之后，治疗师意识到他自己受伤的感受和表现出的退缩正是患者长久以来体验到的受伤的感受以及以疏远为应对方式的翻版。

在这样的情境中，反移情可以提供一种机会。当有敌意的患者贬低治疗师的时候，初学者尤其会难以承受。他们在学习一门新技术时会很焦虑，往往会担心自己是否能够胜任、害怕受到督导师的批评，此时，一旦患者指责他们没有经验或能力不足时，初学者很容易被这种指责所击溃。患者经常采取各种方式来伤害治疗师的感情，烦扰他们并且冒犯他们。过久滞留在患者对治疗师的那些似乎真实的情感反应上（无论是正性还是负性的情感反应）会分散对重要的、普遍存在的移情的关注。在上面的案例中，治疗师的确感觉到厌烦、疏远和防御。而治疗师能够识别出他的体验实际上是患者长久以来情绪状态的回声，这就给接下来的治疗带来了希望，就像是这层情感的乌云下面射出了一道光芒。遭到批评、贬低、没有人爱和自己不可爱的打击，患者在儿童时期表现出退缩行为，她采取了一种冷漠的、吹毛求疵的姿态来隐藏和保护她受伤的情感以及对亲密关系的渴望。心

理动力学心理治疗师觉察到他自己的情感反应和价值观念，并将之作为窗口来理解患者的体验。通常，治疗师的反应越强烈甚至是越尴尬，它们就越可能反映了患者内在隐含的关键冲突。

一致性和互补性反移情

有两种类型的反移情：一致性和互补性反移情（Racker，1968）。一致性反移情是对患者情感状态的认同，而互补性反移情则是对患者过去客体（通常是父母）情感状态的认同（表 9-1）。在上面的案例中，治疗师心中唤起的被伤害和被贬低的感觉是一种一致性反移情：治疗师体验到对患者通常具有的情感状态的共情。如果治疗师抵制痛苦的、被贬低的一致性认同，在自我防御中采取反应性的批评和敌意进行还击，那么他所显示的就是互补性反移情——采取了患者过去重要客体的情感状态。在那种情况下，临床医生担当了批评性母亲的角色，目前，这个角色已被患者内化为过分严厉的良知。

表 9-1. 反移情的类型

一致性：	治疗师体验并且共情患者的情感状态
互补性：	治疗师体验并且共情患者生活中重要人物的情感状态

反移情中蕴含着巨大的情感能量。如果按互补性反移情采取行动，就会破坏善意的、中立的治疗立场，导致在治疗中重复过去，而不是对婴儿期冲突进行有益的修复。相反，利用反移情来形成解释并进行解释，那可以是最有力的治疗工具，如下例所示：

治疗数月之后，前述的那位拘谨的、情感疏远的女教师在治疗中痛苦且悲伤地说：她坚信自己可能永不结婚。她认为所有男人都是既专横又有施虐性。事实上，她所经历的恋爱都令她感到失望和被剥削。经过一番剧烈的思想斗争，她向治疗师坦言了她一直以

来的性幻想，她幻想着自己被一个作威作福的、吹毛求疵的男人虐待。治疗师接着指出了患者自我实现的预言。内心被施虐和受虐的性观念所占据，患者潜意识地会寻求那些诱惑她然后再背叛她的男人，这是一个已经上演多次的剧本。患者听后勃然大怒，她因治疗师的这个"诽谤性的"解释而攻击治疗师。治疗师则因她狂暴的攻击而感受到伤害。他很愤怒，采取了防御的姿态，并隐约有些内疚感——也许他的干预不太巧妙，并带有一种无礼攻击的韵味。治疗师控制住自己的反应并冷静地思考了这个问题。然后说他能够理解讲出自己的性渴望对患者来说有多难，并且由于患者高度敏感，她已经将治疗师体验为又一个先是勾引她然后又藐视她的男人，这个男人最初把她引入亲密关系然后又虐待她。患者同意这样的解析，并且也同意了先前让她愤怒的那个解释。

患者认为所有男人都有施虐性，尽管这个想法很悲观，但她始终没有放弃，因为，承认是由于自己的幻想而招致了一连串堕落的情爱关系会令她更加痛苦。治疗师反思他是怎样做出的第一个解释：一方面共情的建设性冲动推动治疗师告诉患者他对她的理解，从而使患者获得心灵的解放；另一方面，做出这样一个解释也是因为治疗师被患者的抑郁、失败主义和顽固的悲观主义人性观所激怒。对于治疗师来说，太过内疚地考虑自己的攻击性是个陷阱，这有可能会妨碍冲突在治疗中展现。治疗师体验到了互补性反移情和一致性反移情。与患者的抑郁、无助和受挫体验的认同是一致性反移情。面对患者的愤怒、痛苦和受伤害，治疗师感到恼怒（和拒绝），这是与患者已经内化的、过去生活中挑剔且藐视她的父母的认同。如果能够容纳和处理这两种反移情，将会给移情-反移情情境带来有益的解释。

患者总是以隐秘或公开的方式击败他们的治疗师。以此让治疗师了解，患者经历的失败如何妨碍了他们的生活，而这也正是他们来寻求治疗的原因。让治疗师付出的努力功亏一篑也是患者与治疗师竞争的一种表达。因为患者认为治疗师比他们更有力量而且困扰更少，所以他们对治疗师满怀妒忌。年轻的治疗师需要取悦督导，需要克服因经验不足带来的焦虑或内疚，这

与患者要难倒和击败治疗师是不同的。

病情严重、充满敌意并富有攻击性的患者可能伤害治疗师的自尊，这会导致治疗师产生憎恨的反移情（Buie 和 Maltsberger，1974）。通常，治疗师不会直接表达这种憎恨的情感，只是表面上感到厌烦或表现出行为上的退缩，或者治疗师会私下里希望患者能够中断治疗。对于边缘型、精神病性和有自杀企图的患者，这很有可能会增加他们自杀的风险，因为治疗师的这些隐秘的愿望会传递出一种拒绝和抛弃的态度。

有经验的临床医生会采取谦逊的态度和适度的治疗热情，以此避免出现非常危险的移情-反移情情境。在知晓即便是最有经验的临床医生也永远不可能完全控制治疗成功与否的情况下，同时保持着对患者关心的态度，这将有助于保护治疗师抵御常见的移情性攻击，“如果没有治好我，那就证明你是个失败的治疗师。”这种移情性攻击给职业自尊带来了压力，但对于曾经成功治疗过很多案例的、有经验的临床医生而言，抵御这种压力并不困难。对于年轻的治疗师，应牢记这类移情是极其常见的，不应该只从表面现象评价它，这样会很有帮助。每位治疗师都会在他的职业生涯中反复遇到此类移情，而此类移情通常发生在那些最终取得良好疗效的患者身上。

容纳与处理反移情必然要求治疗师在功能上的分裂。治疗师的一半要去做出反应，要去感受；而另一半要诚实地自我观察并形成对案例的解析，即，在考虑做出有用解释的情况下去理解反移情。对于治疗师来说，做到以下两点很重要：一是要意识到并容纳被患者激起的愤怒；二是避免在这种愤怒的情绪下做出反应。患者常常会在治疗师的语气语调中捕捉到治疗师的情感。即便解释很准确，不过要是在愤怒情绪下做出解释的话，那么患者感受到的将不是有益的治疗，反而是早期创伤的重复。

事实上，根据最新的关系观点和主体间的观点，移情和反移

情是特定的治疗双方缔造出来的独特产物。这些观点表明，移情和反移情既来源于参与其中的每个人——患者和治疗师——的精神内部，也来源于双方在治疗场中的互动。这样，根据主体间的观点，与反移情对照，“共同移情”必定在共情出现之前就已存在（Orange，1995）。

持关系观点的理论学者也会坚持分析师的“主观性无法消除”，并指出治疗师不能也不应该把自己看作一面只会反射映像的镜子。在治疗过程中，治疗师的情感不可避免地会被激发并且被吸引到治疗中来。这些情感是治疗所需信息的宝贵来源。我们必须“承认，即便是理想的技术也有必要的主观性”（Renik，1993）。

要有意识地努力寻找一致性和互补性反移情，这一点很重要。在强烈的移情下，一位患者把恶棍的角色抛给了治疗师，这个角色与患者过去生活中遇到的恶棍很类似，而治疗师通常会在互补性反移情中挣扎一阵子。然后，治疗师需要寻找与患者一致的情感以便摸索着回到患者常有的情感状态中。通常，正是患者的这个部分感受到了被自己内化的魔鬼所攻击，这个内化的魔鬼现在被抛到了治疗师身上。

一位聪明而有成就的分裂样女性患者在轻声地抱怨：“我痛恨每周来这里2次，也很不愿意为我出城办事所错过的访谈付费。我现在想减少治疗次数或者去做别的治疗。先前我来这儿做治疗是因为我从来没有过亲密的关系，现在看起来我仍然没有。”患者还轻声抱怨治疗师剥削、不太诚实，并且很是傲慢，因为在面对患者的不满时她总能保持平静。这是对治疗师的技术和伦理进行无中生有的攻击，治疗师心中涌起一股强烈的愤怒。但是，治疗师处理了她的情绪，她想起患者曾经描述过在母亲来信、来电或来访后她常会有的感受。患者的母亲经常批评患者，不管哪个方面：穿着、姿势、头发的颜色、体型、交友、住所和生活方式。据此，治疗师探讨了患者过去有过的诸多遭受贬低的体验。另外，患者在以一种很低沉、很随意的语调

非常迂回地表达她的愤怒，因此治疗师也很想知道患者是否觉察到了她有多么的愤怒。患者对治疗师的话很感兴趣，她承认，她经常否认自己实际上有多么的愤怒，所能意识到的只是很无助和被剥削的感受。采用这种干预，治疗师便能够勾勒出患者在家庭中的体验以及家庭怎样处理攻击性的画面。

在这个案例中，患者抛给治疗师一个剥削的恶棍角色，在互补性反移情中治疗师感受到强烈的敌意。但她能够容纳和处理这些感受，并能够返回到与患者更一致的状态，即与患者的困境认同的状态（表 9-2）。

表 9-2. 处理反移情

治疗师应该
对自己的心理发展和生活中遇到的问题保持清醒
不要认为患者的感受是针对自己的
不要将反移情见诸行动
利用反移情以协助形成解释
利用反移情的愤怒来理解患者的敌意
审视自己的情感反应，并将之作为了解患者心理动力的线索
对于边缘性患者，通过移情和反移情来诊断自体和客体表象的分裂
当体验到互补性反移情时要寻找一致性反移情

如上例所示，在试图解释和化解负性移情之前，首先要理解和化解负性反移情，这一点很重要。在解释患者的敌意时，治疗师必须让自己从患者的位置感同身受，从而理解并阐明是什么激起了患者的敌意。如果脱离背景，仅仅指出患者的攻击性，那么患者通常只会感到被批评或被攻击，对治疗无益。

对边缘型人格障碍患者治疗中的反移情

某些类型的患者所引发的反移情可以是很典型的。边缘型

人格障碍患者同属一类群体，他们无法整合对自己以及生活中重要人物的爱与敌意。在心理动力学心理治疗中，边缘型患者的典型表现是：在表达正性和负性的自我和他人形象时，通常是分别表达或者依次表达正性或负性形象，而不是将两者整合后的表达。所以，治疗师的反移情也可能是令人困惑的、不连贯的情感反应(Kernberg，1976)。治疗师之所以有这样的情感反应，是因为患者的情绪、自我表象以及与治疗师关系的模式复杂多样、差异很大，患者没有将它们很好的整合。如下例所示：

一位边缘型的患者在多次治疗中抱怨她的情感隔离、抑郁、性压抑和被剥夺。出身于僵化的清教徒家庭，患者已经内化了苛刻的良知，其中充斥着火药味和母亲严厉的宗教禁忌。在治疗中，她多次谈到她很害怕母亲的批评。之后患者谈到一个梦，在梦中她的母亲站在桌子上，用手边指她边数落她，而她则蜷缩在桌子下面。就在下一次治疗中，患者要求治疗师解释她的症状。她坚持说，治疗已经好几个月了，治疗师应该对她的情况有个全面了解了。还说治疗耗费了太长的时间。患者猜想如果接受其他形式的治疗，效果会更好更快。治疗师先是感到很内疚，因为她还不能够对这个案例做系统的解析。治疗师希望自己能够当场做出系统的解析以平息患者的愤怒！很快，治疗师意识到她现在正处于患者平时所处的位置——如同在梦中展现的——蜷缩在桌子下面。而患者扮演的是苛求、恐吓的母亲。

这位边缘型患者在不同时段上演了她重要关系的不同方面。前一天，她还是个内疚的小孩，而第二天她就成了苛求、恐吓的母亲，把她小女孩的形象以及她所有的恐惧投射给了治疗师。然后，治疗师可以在心里去整合那些依次表达的、未整合的移情片断和随之而来的反移情片断，整合后重新返还给患者。与这类患者在一起，治疗师必须随着时间以及随着情感状态的转变不断反思以便处理反移情。在不同时段，治疗师心中被唤起的情感可能是不同的、独立的，应避免只关注当前的情感而忘

记了其他时段的情感,这样会有助于理解患者的精神现实。有些理论学者认为心理治疗发生在特定的患者-治疗师"主体间场"内,他们指出愤怒的"边缘型"移情常引发防御性的反移情,这种移情通常是治疗师-患者联结断裂所致。治疗师的不理解、不接受和不恰当地处理患者原始自体客体移情究竟怎样导致患者脆弱的自体感偏离了正轨,这一点值得探索(Stolorow 等,1987)。

其他反移情

当然,除了恼怒和防御以外,还有许多其他形式的反移情反应。治疗师的厌烦情绪通常是一种反移情征象,提示患者正在处理强烈的冲突性和防御性的情感和冲动,通常是愤怒的情感和冲动。对患者的保护态度可以反映患者情感的脆弱性,需要谨慎小心、富于技巧地与之接触,但这种保护态度也可能是患者的移情和治疗师的反移情在潜意识层面建立了共谋关系,从而回避了应触及的、患者心理的冲突区。如果治疗师把此时此地发生的事情都认为跟自己有实际的关联,就会陷入反移情的圈套,从而破坏了治疗师的角色以及治疗师探索患者冲突起源和心理动力的治疗契约。

自恋的患者经常把他们的治疗师理想化到超人的程度。治疗师既要承受夸大的爱慕同时不觉得太过尴尬,也要避免愉快地陷入其中。治疗师只要有一点做不到,就会妨碍治疗中的探索和面质。色情的移情激发了色情的反移情,对于初学者来说,这种色情的移情是最难容纳和处理的。治疗师经常会感到尴尬,无法向督导师描述这些色情的情感,也没有认识到这些情感可以用来理解正在浮现的性主题(通常是俄狄浦斯期的)或被防御的攻击性主题。高度的色情移情和反移情不会被看作对治疗师的理想化,因为后者极少带有真正与性有关的情感。在治疗

关系中，色情的情感表达的是患者的全能感，以及他对分离和攻击的期待和恐惧。通常，需要以真诚和尊重的态度来接纳这些反应，这样，有关患者的冲突和早期生活的重要信息才能被讨论。所有这些冲突和早期生活的重要信息都是治疗中的金石，需要通过解释来开采。反映治疗师治疗技能见长的一个指标就是他运用反移情的能力在提高。

治疗师需要个人分析和督导

心理动力学心理治疗是值得从事的事业，同时也是难度很高的工作，它会激发出心理治疗师潜意识和意识中的愿望、恐惧和冲突。简而言之，如果对自己没有深刻的理解是不可能做好这项工作的。弗洛伊德(1937/1964)认识到了这一点，于是特别告诫他的追随者不仅要接受培训分析，而且在培训分析结束后还应当定期继续接受精神分析。他还要求做自我分析。提出这样的建议是因为，他相信在心理治疗中处理患者的潜意识过程会引起治疗师自己潜意识的共鸣和回应，假若对此不能识别和理解，将会损害有效工作的能力。如今，这些原则经常被忽视，也带来了一些问题。

特别是在治疗师从事心理治疗工作的时候，个人治疗或个人精神分析能够极大帮助治疗师发展识别和运用反移情的技能。对于那些几乎不做、但又想做一点心理动力学心理治疗的精神科医生而言，如果在个人精神分析、甚至是个人心理动力学心理治疗上的投入太多，那么这种投入会显得与他们在这个领域的实践工作不成比例。尽管还没有什么能够替代个人精神分析这种自我理解的方式，但是在从事精神分析或心理动力学心理治疗的时候，定期接受专家的督导仍然是可以考虑的选择。事实上，通过这种方式，精神科医生可以了解正在浮现的反移情所带来的困境，然后可以带着理解继续治疗。这样的话，对他们

来讲定期的督导或许就足够了。

参考文献

Buie D, Maltsberger JT: Countertransference hate in the treatment of suicidal patients. Arch Gen Psychiatry 30:625–633, 1974

Freud S: Analysis terminable and interminable (1937), in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol 23. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, 1964, pp 209–253

Kernberg OF: Transference and countertransference in the treatment of borderline patients, in Object-Relations Theory and Clinical Psychoanalysis. New York, Jason Aronson, 1976, pp 161–184

Orange DM: Cotransference: the analyst's perspective, in Emotional Understanding: Studies in Psychoanalytic Epistemology. New York, Guilford, 1995, pp 52–68

Racker H: Transference and Countertransference. New York, International Universities Press, 1968

Renik O: Analytic interaction: conceptualizing technique in light of the analyst's irreducible subjectivity. Psychoanal Q 62:553–571, 1993

Stolorow RD, Brandchaft B, Atwood GE: Treatment of borderline states, in Psychoanalytic Treatment: An Intersubjective Approach. Analytic Press, Hillsdale, NJ, 1987

补充阅读

Gabbard GO, Wilkinson SM: Management of Countertransference With Borderline Patients. Washington, DC, American Psychiatric Press, 2001

Giovacchini P: Countertransference Triumphs and Catastrophes. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1989

Goldstein W: Dynamic Psychotherapy With the Borderline Patient. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1996

Maroda K: The Power of Counter-transference: Innovations in Analytic Technique. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1991

Mitchell SA, Aron L (eds): Relational Psychoanalysis: The Emergence of a Tradition. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1999

Searles HF: Countertransference and Related Subjects. New York, International Universities Press, 1979

Tower L: Countertransference. J Am Psychoanal Assoc 4:224–255, 1956

10 梦

弗洛伊德(1900/1953)把梦的分析称为“通往潜意识的最佳路径”。在动力学心理治疗中，梦提供给精神科医生许多机会来协助患者理解他的心理是如何运作的(表 10-1)。治疗师也可以通过梦来深入了解患者思维、感觉、防御和阻抗的特点(Brenner,1985;Freud,1900/1953;Grinberg,1987;Pulver,1987)。梦提供了一个窗口，透过它可以看到那些对患者的生活经历有重要价值的、潜意识的想法和记忆(Palombo,1984)。梦的分析也是帮助患者发展自我探索技能的重要方法(Gray,1992)。

表 10-1. 在心理治疗中运用梦进行工作的目标

澄清防御机制和阻抗
帮助解释和说明移情
将患者潜意识的动力、冲突和记忆意识化
协助进行自我探索的学习

在心理治疗中梦的运用

引导患者运用梦

治疗早期，当最初的询问还没有引起强烈的防御之前，梦很可能会揭示出患者的核心问题和冲突(Beratis,1984)。在开始

阶段，梦的解释应该聚焦于梦者经历的表面内容——梦的显意，如在实际的梦幻中所揭示的那样（表 10-2）。事实上，在整个治疗开始阶段以及后续阶段，心理动力学心理治疗师更强调患者近期的经历，而不是过去的经历；对于梦也是如此。治疗师更注重梦的日间残留——部分患者近期生活中发生的事情，构成梦的素材就来源于此。

表 10-2. 在心理治疗中运用梦的技术

治疗早期

聚焦于日间残留和显意

识别和说明梦中的防御机制和阻抗

聚焦于梦中的移情表现

治疗后期

运用梦来提示潜意识的愿望、恐惧和冲突

此焦点为患者确立了如下事实：梦常与醒觉时的真实生活经验有关。患者应了解梦是可以被审视和理解的。这种最初的理解反过来可使得患者做好准备以便能够更深层次、从更多潜意识层面去理解梦的含义，这些梦的含义反映了儿时的愿望和恐惧。通过这种方式，当患者能够发现这些层次的含义时，那些隐秘的问题就会逐渐被揭露、审视、理解和掌控，而这些问题一直给患者带来困扰，却在梦中得到了表达（Palombo，1984）。如此，梦也就成了这样一种心理功能模式——患者可以与之“游戏”，也可以去理解它。

有一位正在受训的单身年轻女医生，一直以来她学业有成、幸福快乐。但当她进入第一年研究生培训的时候，这一切都消失了。在被要求去照看重病人的时候，她变得越来越焦虑。尽管她学习成绩优异、表现突出，但是她觉得自己无法胜任，认为自己知识过于贫乏而不能做好这份工作。为此，6 个月前她开始接受每周 2 次的心理

治疗。有一天，她被分配去照看一位恶性感染性疾病的患者。尽管她非常尽力，患者还是死了。这位患者的主治医师，还有与这位受训医生一起工作的其他更有经验的医生都来安慰她，说她已经尽了最大努力，工作并无疏漏。但是，她仍表现出自己特有的焦虑，认为是她的问题导致了患者的死亡。当晚，她感到筋疲力尽，熟睡之后她梦见自己独自出现在一个陌生的城市，她发现自己在那里谁也不认识，一切都不熟悉。她感到不知所措。接着，一股羞耻感涌上心头，因为她认为自己本应该明确方向，找到自己的路。后来，她发现附近有一个火车站，于是想进去得到一些有关她在什么地方的信息。她想，也许她可以找个书店，在那里买一本导游书，那样她就可以决定该怎么走了。之后，她在梦中的感觉好了很多。

次日，在治疗一开始她便谈到她认为是自己导致了患者死亡。很快她就想起了这个梦并讲给治疗师听，内容如上一段所描述的那样。治疗师猛然意识到患者在过去的治疗中几乎不曾讨论过梦，于是首先询问了她对梦的看法。这位受训医生说，此梦使她想起了前一天患者的死亡给她带来的感受。当治疗师询问那是何种感受的时候，她说当这么严重的患者来到她的病房时，她感到不知所措，而不知所措又让她感到很羞耻。精神科医生指出患者似乎在梦中体验到了她白天体验到的那些感受；而且，这个梦又似乎以一种特殊的方式化解了那些难以忍受的情感：她试图通过读（导游）书找到出路。她回应说，在她的生命中学习和读书令她受益匪浅，比如，正因为她学习用功，才成为了医生。接下来的访谈中便讨论了她在医学院校的体验，那些经历是让她很愉快的。

在治疗中期梦的运用

大概半年之后，刚才讨论的那位受训医生在面对另一位重病人时又出现了类似的困惑和羞耻感。在治疗中，她报告了同样的梦。这次，精神科医生对她有了更深入的理解。他发现患者对主动（可被别人看到）施展她的技能感到冲突，尤其在这些技能会吸引别人的注

意时。她最喜欢的方式是退避和思索。因此，在他们这一次讨论梦的时候，精神科医生注意到患者作为梦者——可以说是编剧——谈到了自己在梦中的迷失和困惑，尽管可以有很多方式来处理她面对的困难，她想到的却是寻找书店。治疗师想知道她这样做究竟有什么好处。这个问题让这位受训的医生对自己的防御机制和阻抗有了一些认识。她回应说她不愿让自己成为主动或者是有能力的人，那样似乎太过张扬，让自己成了注意的焦点。她的特征性防御机制的性质——安静、思索和被动——是她人格的核心，这在梦中显而易见。因此，经过总结和说明，梦可作为通向工作焦点的捷径。事实上，在随后的几个月中，梦一直是治疗的焦点。

在治疗后期梦的运用

上面的这个案例治疗了1年，其中大部分时间是在讨论那位受训女医生回避成为注意焦点的偏好，特别是当她和男同事一起工作的时候。在对男治疗师的移情中，这种偏好也显现出来。尽管在社交生活中她也时常有约，但她多倾向于羞怯和退避。而且，由于她感到自己不能够充满热情地去享受，所以她总是对自己与男性朋友交往的方式感到不满意。

这一次，在她对一位患者又有了类似的体验并报告了同样的梦时，治疗师请她对梦进行联想。事实上，在第二年的治疗中，对她报告的大多数梦，他一直在让她对梦进行联想。这次也不例外，他让患者对这个反复出现的梦进行联想。他就梦境的每项内容询问她的想法——例如，当她描述陌生的城市或火车站的时候，她想到了些什么；对于想象中的书店她有何认识和想法。在联想中，有关患者过去生活的新的信息浮现出来，她认为这些信息对于理解她是谁以及她如何变成了现在的样子非常重要。当问及火车站的时候，梦中的这个内容使她联想起从7岁开始她每年夏天都会去火车站，乘坐火车去农村参加夏令营。她回忆起那时母亲总会眼含泪水。患者补充说，她已经很多年没有想起这些事情了。

这个重现的记忆推动她以一种前所未有的方式谈起了与母亲之间的关系。母亲是退缩型的人，她鼓励患者努力学习以便将来成为有学问的人。但是，当女儿成长为如此主动且富有进取心的青年时，母亲却感到难以面对。母亲从来没有预料到女儿能获得大学奖学金并离家去上大学。尽管母亲嘴上同意，但她因失去孩子而感到的悲伤也传递给了女儿。在患者的记忆中是很难找到此类信息的。事实上，作为对母亲希望她留在身边这种隐含信息的反应，她整个童年期都在与母亲分离的问题上心存冲突。接下来，患者注意到在这个重复出现的梦中，作为梦者，她并未选择去创造一个男性角色，她本可以勇敢、热情地走近一位潇洒的陌生男性，向他问路，然后，或许他们可以一起呆上一天。她也注意到这种羞涩时常会妨碍她与男性精神科医生的交谈。

通过梦的探讨，患者学会了如何能开发她的想象并进行更为自由的联想。她能感觉到什么是她真正想要的，也能感觉到什么愿望正试图进入她的意识。次年，患者逐渐理解她在临床工作中的困惑和羞耻感来自于她对母亲的情感，那正是她心中对主动和进取的冲突，以及在最终成为对异性(包括她的男性精神科医生)极富魅力的女性方面的冲突。

在这个案例中，重复出现的梦表明了早期梦的材料可能以何种方式包含了个体人格的核心动力的线索，也表明了如何运用梦的材料来推进心理动力学心理治疗。首先是运用梦的显意和日间残留，接着是寻找契机来理解移情和防御机制，最后在恰当的时机探索潜意识的愿望、恐惧和冲突，所有这些都将随着治疗的深入而逐渐展开(表 10-2)。当然，在这个案例中，对梦的探讨和分析形成了整个心理治疗的框架。在梦中，新的想法不断产生，同时，在梦中出现的新视角会以其他的方式应用到患者的治疗中来。如同其他案例一样，之所以选择这个案例是因为它异常的清晰。而在大多数情况下，梦会更随机地出现，对梦的探讨和分析往往不那么系统，随之带来的理解也不那么迅速。但是，这个案例的确说明了在心理动力学心理治疗中通过梦的运用来理解患者的可能性。

梦作为潜意识冲突的指示物

在心理动力学心理治疗中梦的另一个特征是：当防御开始启动后梦可能会变得更加模糊难懂，而当防御和阻抗被理解和摒弃后，梦又可以变得清晰起来。如果出现这种情况，那么在潜意识的核心愿望和冲突进入意识时，治疗师就能够把梦作为路标来确定它们。如下例所示：

一位 30 岁出头的患者，接受心理动力学心理治疗已 3 年。他已经意识到与男性权威竞争的需要反映了他与父亲竞争以获得母亲注意的情感。伴随着这一理解，他与女性的约会也随之增多。这是个特别重要的改变，因为他最初的主诉涉及社交抑制方面的普遍感受，尤其羞于与女性交往。一天晚上，在和他特别喜欢的一位女性约会并发生性关系之后，患者做了个梦。在梦中他和他的男性治疗师要去参加化妆晚会，他们两人都穿着苏格兰褶裥短裙，外表看上去像健壮的苏格兰人。

治疗师让他对梦中出现的两个人物分别进行自由联想。患者说他对这个梦并不感到吃惊，至少部分情况是这样，因为他的精神科医生是个苏格兰人！然后，当他深入思索梦中的形象时，他谈到他认为治疗师是那么强壮，足以作为强壮男人的典范，并且他注意到有时候在白日梦中他非常希望自己能够像治疗师那样。这些感受让他联想到自己过去也常常是这样想父亲的。然后患者发现了自己的不同之处。尽管苏格兰褶裥短裙穿在男人身上会彰显出男子气概，而他的短裙却是自己很女子气的象征，至少是在他想象自己穿上短裙的样子时会这样认为。接着，患者谈到无论何时想起自己和父亲有多相似，最后总会转到他们之间的差异上来，因为他认为自己弱小，而父亲则很强大。患者发现，自己比强壮的男人弱小这一想法导致他总是回避与男性之间的社会交往，尤其当他感到自己强壮、有力并有性魅力的时候。他想，或许是对母亲的情感而导致的内疚使得他需要回避可能与女性发生性关系的场合。

在此案例中，梦揭开了新一层的潜意识冲突。通过理解梦，

患者对现在的冲突和过去的行为模式有了新的认识。患者的梦很清晰，同时伴有明显的、性的暗示，这些都说明在治疗的此时此刻，患者的防御处于低水平，因此也说明可以获得通常被防御掉的潜意识材料。当材料非常丰富的时候，治疗师要谨慎，不要走得太深。讨论的深度应该符合治疗的整体进度，而不仅仅根据一个梦来做出判断。同样，清晰的梦也是不应该回避的，因为它提示患者已准备好接近一个新的主题。

梦作为移情的指示物

在心理动力学心理治疗的任何时刻，梦对揭示移情的性质都很重要。无论移情的特性是爱或恨、爱慕或愤怒、或是厌烦或兴奋；或是性愿望或逃离的愿望；或是合作或是反对等，对梦的关注和解释都可使移情的主题进入我们的视野（Stimmel，1995）。下面两个例子用以说明在心理动力学心理治疗中处理梦的临床技术。读者可以参考第 6 章“开始治疗”和本章前面“引导患者运用梦”的内容中对梦的讨论，以便更多了解在治疗开始阶段对梦的具体处理方法。

案例 1：在治疗的第一年期间，一位中年女性经常抱怨心理治疗对她没有帮助。她报告了一个梦，在梦中她是个学校里的小学生。一天下午，她和同学们在操场上玩耍，这时，天空突然暗了下来。她看到老师在远处正向和她一起玩的同学们挥手。但是患者不知道老师想要表达什么。

精神科医生先是引导患者回忆起日间残留，然后让患者谈谈在想起梦中的每一场景时她有何联想。患者发现在梦中她不明白老师想说些什么，接着谈到，尽管不想那样讲，但她还是感到她同样也不明白治疗师想跟她说些什么。随后引发了有关精神科医生和患者之间关系的讨论，重点讨论了患者的感受，即她感到治疗师既不能理解她，也不能和她交流。于是，精神科医生重新尝试去理解患者对于能否被理解的担忧，由此，治疗得以继续进展。

案例 2：一位 40 多岁的焦虑、抑郁患者梦见自己被一群士兵追赶，这些士兵用刺刀刺他。他躲在一张桌子底下，几个小时之后他从下面出来，逃走了。精神科医生让患者谈谈当想到梦中每个场景时他会有何联想。患者想了想梦中的桌子，然后发现它与精神科医生座椅旁边的那张桌子很相似。当他想到士兵和刺刀时，他联想到了精神科医生，他注意到精神科医生在治疗期间抽烟时，经常会用烟斗匙来清理烟斗。精神科医生问他是否感到自己被治疗师像刺刀样的评论刺戳，因而他不得不在治疗中躲藏起来。接下来的讨论证实了患者的这种感受。然后，患者回忆起过去与父母在一起的体验，这些是患者移情的基础。随后的几周，当患者感受到伤害的时候他能够更坦率地告诉治疗师。此后，他们能够理解那些时刻对患者的重要意义，同时能够认识到当患者感受伤害的时候，过去何种记忆被激活了。

这些案例中讲到的患者了解了什么是梦，以及如何运用梦来加深他们对内在体验的理解。当患者逐渐能够运用梦的素材作为起点来自由联想时，便会获得更多的信息，特别是关于移情的信息。这种信息可极大地提高患者对个人内在冲突的理解。

梦作为起源信息或适应风格的指示物

如今，很多文献证实了在心理治疗中存在虚假的记忆。精通心理动力学心理治疗的精神科医生的确在有的时候会从患者的梦中发现被遗忘经历的线索。作为人格结构的组织者，这些被遗忘的经历从发展的角度来讲是很重要的。这些线索必须不断加以验证，因为在心理治疗中，尤其是在梦中的回忆并不能确保这些记忆内容就是真实发生过的，而不是源于后来的记忆重建、屏障记忆或是些患者希望会发生的事情。同样，梦可以提供线索来了解患者是如何形成了他的适应风格以及为何他会形成这样的风格。

一位50余岁的在职教授由于对自己的学术成果不满意而接受每周2次的心理动力学心理治疗。他开始夜夜梦到自己在读书。在梦中，有时候他在家中的书桌旁读书，有时候他梦见自己又回到了大学时代，忙于写论文，还有的时候他梦见自己是刚上小学的孩子，在阅读儿童经典读物时享受着智力带来的首次兴奋。他的梦在继续。他对梦的联想不断变化，但联想到最后总感到不太愉快，他也不明白为何如此。当精神科医生询问他对不愉快的感受有何联想时，患者想到自己热爱读书和学习，从他很小的时候这一点已经使他显得与众不同。他渴望能到专科高中去上学，这样他能够与其他有天赋的学生在一起，在他的记忆中他确实做到了。当他进入一所很好的大学时，他成了一名坚定的学者，他很高兴自己在这里将被培训成为教授，并能够遇见与他志同道合的人。

这时，他回忆起他的小妹妹来上同一所大学时自己的感受。她年轻美丽，很喜欢与人交往，而不是一门心思只顾学习。她曾取笑过他，说他是个书虫，但总会非常亲切地这样说。他能够回忆起自己很爱这个妹妹。在谈妹妹的时候，他突然开始哭泣。他记起妹妹不到25岁时就因一场事故早逝，而在妹妹去世之后，他越发只顾学习，投入地读书。他的精神科医生注意到了所有这些情况，并认为他正在倾听的内容都是一些重要材料，但是他无法将它们联系起来。

之后，患者很好奇自己为什么会想起妹妹。因为尽管他很爱她，但是他认为自己已经从妹妹去世的悲伤中恢复过来了，而且他最近10年很少谈起她或者想起她。他又想起了母亲，母亲过去一直爱他，鼓舞他，但对他早年的勤奋好学，母亲又不太提倡。她会说，“生活不仅仅是读书……与别人在一起是生活的内容……书总会在那儿，但是人却不会。”当他回想起这些的时候，他开始哭泣，再次注意到他已经多年没有想起母亲的至理名言了。在接下来的几次治疗中，患者带来了母亲写给他的信件和他保存的一本杂志，这些验证了他的回忆：他和母亲过去会经常讨论这个话题。

这位患者情感细腻，对学习和生活都充满激情。但是每当生活中面临抉择的时候，他会选择理智，因此，无论在学业还是事业上他都有良好的发展。对他而言，理智似乎更是安全之旅，其路线会更多

地为他所掌控。妹妹意外死亡后他的表现即为佐证。

随后,患者自问为什么他现在不能出成果了,为什么他会寻求治疗,以及为什么他会有那么多有关读书的梦,而且在联想中会有不愉快的体验。然后,他想到了自己的两个孩子即将离家上大学。他们成绩优异,令他感到骄傲。患者和妻子、孩子组成了一个充满爱的家庭。但是在这画面的背后,教授却对读书的氛围心存疑虑:他想,家人是否花了太少的时间一起享受生活——他们是否花费了太多的时间读书和学习。

此时,治疗师和患者本人对他都有了更好的理解。他们能够一起考虑患者对自己优势的冲突,他们理解了患者形成的症状:对学术产出的效率不满意。这种心理动力学探讨的效果不是立竿见影的,但它的影响深远。教授对他的工作和家庭有了更好的感觉。当他有冲突的时候,他能够在意识层面辨别心中正在经历的体验,能够清楚地确定他最想要的,并且会享受读书的时光或与家人在一起的时光。对他的治疗是成功的,而对梦的探讨已经成为治疗中的重点。

梦作为一种防御

一些患者会把梦用作防御和阻抗(Greenson,1967)——作为一种控制治疗的方式,从而可以回避在与治疗师关系中那些令人难受的不确定性。尤其,通过集中注意来回忆梦、报告梦,患者会避免去体验那些可能在不知不觉中产生的移情,会将自由联想减少到最低,会否认治疗关系的作用,并且会对治疗在他们生活中的重要意义视而不见。尽管将梦用作防御和阻抗的形式多样,但最彻底的形式往往是:访谈一开始,患者便开始详细地描述梦的内容,详细到这样的描述几乎占据了访谈里的每一分钟。在这种情况下,重要的是,治疗师应指出这个现象,如下例所示:

有一位男性，50 多岁，多年来他阅读了大量有关心理动力学的理论。他是位知识分子，在一家学术单位工作。他在妻子起诉离婚后不久就来做心理治疗了，那时，精神科医生很高兴这位善于言谈的男子会选择他做治疗。在评估阶段，患者主要谈了妻子的行为给他带来的震惊和悲伤，却并未述及任何梦的材料。但是，治疗一开始，每次访谈他都会先打开笔记本，上面详细记录了他的梦。事实上，他对梦的叙述几乎占满了每次访谈。治疗师很快意识到他没有听到任何有关患者日常生活的信息或者患者对于婚姻失败的感受，治疗师也意识到梦的主题及其隐含的内容并未被探索。治疗师给患者指出了这一点，患者先是很吃惊，不过，反思之后，他意识到自己只是在考虑读过的精神分析著作和梦，由此回避了与治疗师探讨他面临的严峻处境以及他在生活危机时刻对帮助的渴望。此时，梦对治疗的重要意义便打了折扣。当他真的报告梦的时候，这些梦的内容自发地从记忆中浮现出来，而他也不再照着笔记本报告梦了。这个时候，他便能运用梦来了解那些没有完全意识到的想法和感受。

结束阶段的梦

在心理动力学心理治疗临近结束时，有时会观察到另一种梦的现象：结束阶段的梦。这样的梦常常会让精神科医生、患者或治疗双方意识到治疗的终点将至。在梦中，患者会体验到他的问题正在减少、问题得到了控制，甚至消失。患者体验到移情已被解决，他能够与精神科医生建立起成熟的、不受阻碍的关系(Cavenar 和 Nash，1976)。

下面是一个关于结束阶段的梦的例子：

有一位 35 岁的女性，接受心理动力学心理治疗已有 3 年。患者当初是因为焦虑和心境恶劣前来治疗的。患者报告了一个梦："我和你在一起，我们一同进餐。我说我不再焦虑，也不再悲伤。我们刚

讨论完我以前常有的问题——我对自己缺乏自信。我记得在梦中我感到自己很有能力，当账单递过来的时候，我坚持要付账。然后我们走了出去，我进了我的车子，然后开车走了。”

读者并不会惊讶在对梦的内容进行联想时，患者提出了结束治疗。结束治疗的日期就定在了月内。

注意事项

最后谈些注意事项：有些患者对探讨梦不太熟练。没有患者可以无师自通地去探讨梦，需要教会他们如何探讨梦以及为什么要探讨梦。也没有患者能够有效地探讨每一个梦。本章挑选这些案例很明显都是为了能把问题说清楚，不过，如果梦的材料中只有很少的部分可用于揭示患者意识察觉之外的东西，心理治疗师不必为此泄气。然而，重要的是在心理治疗中应当尝试这种将潜意识内容意识化的方法，因为对于有些患者而言它是非常有用的，而对于大多数患者来说至少在某些时候它会有用。通过探讨梦，患者能够了解梦是思维的另一种形式，可被视作正常情况下在处理冲突过程中所回忆起来的联想内容的一部分。对治疗师而言，学习探讨梦的最好方法是在理解自己潜意识的前提下学习理解自己的梦。

参考文献

Beratis S: The first analytic dream: mirror of the patient's neurotic conflicts and subsequent analytic process. Int J Psychoanal 65:461–469, 1984

Brenner C: Psychoanalytic Technique and Psychic Conflict. New York, International Universities Press, 1985

Cavenar JE Jr, Nash JL: The dream as a signal for termination. J Am Psychoanal Assoc 24:425–436, 1976

Freud S: The interpretation of dreams (1900), in The Standard Edition of the

Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vols 4 and 5. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, 1953

Gray P: Memory as resistance and the telling of a dream. J Am Psychoanal Assoc 40:307–326, 1992

Greenson RR: The Technique and Practice of Psychoanalysis. New York, International Universities Press, 1967

Grinberg L: Dreams and acting out. Psychoanal Q 56:155–176, 1987

Palombo SR: Deconstructing the manifest dream. J Am Psychoanal Assoc 32:405–420, 1984

Pulver SE: The manifest dream in psychoanalysis: a clarification. J Am Psychoanal Assoc 35:99–118, 1987

Stimmel B: The written dream: action, resistance, and revelation. Psychoanal Q 64:658–671, 1995

补充阅读

Dowling S: Dreams and dreaming in relation to trauma in childhood. Int J Psychoanal 63:157–166, 1982

Palombo SR: Dreaming and Memory. New York, Basic Books, 1978

Reiser MF: Memory in Mind and Brain: What Dream Imagery Reveals. New Haven, CT, Yale University Press, 1994

Sharpe EF: Dream Analysis. London, Hogarth Press, 1961

11 结束治疗

心理动力学心理治疗往往没有固定期限。精神科医生会向患者说明治疗会一直进行到发现和解决了患者潜意识的核心冲突、进行到患者能够理解他的心理运作为止。治疗可能会持续几年时间。随着患者和治疗师关系的深入发展，会有越来越多的问题得到理解。改变是逐渐发生的——通常，这个逐渐进行的过程几乎觉察不到。

然而，会有一个时刻到来的，那时，患者和精神科医生一致认为该是结束治疗的时候了。此时，患者人格中有问题的那些部分似乎会从患者自体感的内核中分离出来（Alexander，1941）。曾经对患者表现出的问题起关键作用的部分，现在会被体验为像是外来物，不再相容。患者已经学会以富有情感的方式运用理智和知觉促进自我觉察（Alexander，1941）。

识别结束阶段的到来

治疗目标与患者的生活目标相关，但又与之不同，这一点治疗师必须牢记，而且患者也必须对此有所认识（Ticho，1972）。治疗目标总会在某种程度上以生活中的要求和可能性为依据——在给定的生活时期和背景下什么是可能完成的目标。结束治疗并不意味着患者已经实现了他所有的希望和愿望。更确切地说，一个成功的治疗进入了结束阶段，患者会体验到从心理

痛苦中得到了极大解脱，这种解脱对医患双方都是显而易见的。此外，患者内部的冲突以及表现的症状将得到缓解，由此也会在行为上出现持久的改变。在这个阶段，失望也在所难免。由于年龄或生活环境的缘故，有些人已经失去了教育、婚姻或工作的机会，即使内部冲突被解决，他们也不能再去追求生命中其他阶段所渴望的东西。但是，他们已经逐渐学会了运用心理的方法来理解和解决冲突，会理解在生活中他是如何走到了现在的样子，他们会为失去的希望和愿望而哀伤。在治疗中期行将结束之际，治疗师会发现患者能够深入理解他的移情反应，并能在不同的情境中识别移情（表 11-1）。患者表现出对他心理运作的深入理解，并开始运用自我探索作为解决问题的方法。通常，患者在这些方面几乎都会有所收益，尽管不必是所有方面。治疗师将观察到的这些收益反馈给患者，使患者越来越多地意识到自己内在的力量和冲突的解决。

表 11-1. 心理动力学心理治疗结束的标准

患者
体验到症状的缓解
将症状体验为不相容的
理解了他的特征性防御
能够理解和识别他的特征性移情反应
不断的自我探索，并将之作为一种解决内部冲突的方法

在这段时间，患者和治疗师都注意到没有新的材料浮现，也没有出现任何新的阻抗。确切地说，患者每天都在运用他已经学会的东西富有成效地工作。理想的情况是，患者自己提出结束治疗的话题。如果已经很清楚应该结束了，但是患者回避谈及任何有关结束治疗的可能性，治疗师需要把这种情况看作对结束治疗的防御。通常，一旦患者提出是否有结束治疗的可能，

那么在患者涉入这条新的溪流时，治疗师要注意倾听一段时间。治疗师需要倾听这个话题带来的新的问题和冲突，需要确定这是阻抗还是治疗真地取得了充分的疗效到了该结束的时候。最终，治疗师需要向患者承认总体上他也有此想法："是的，看起来我们已经接近治疗的尾声了。"这将启动在治疗中需要考虑的一系列新的想法和感受，并且标志着治疗结束阶段的开始。双方共同设置结束治疗的确切日期。如果治疗已经持续了几年，结束治疗的日期可能会定在几个月之后，有时候会长达6个月。

结束治疗阶段的任务

对患者和治疗师而言，在结束治疗阶段有4项主要任务。在此对这些任务进行讨论，并列在表11-2中。

表 11-2. 结束治疗的工作

患者

- 回顾治疗
- 体验和掌控分离与丧失
- 重新体验和重新掌控移情
- 开始自我探索

患者和治疗师

- 识别治疗中的失望、局限性和不成功的方面
- 讨论未来心理治疗的可能性
- 讨论对未来的计划

回顾治疗

患者回顾治疗时，要重新考虑他的病史和冲突，并恰当地归

类所学到的东西。患者需要自觉地尽力与治疗师一起反思他因何来做治疗，以及治疗过程中在他的人格和发展经历方面学到了什么。这一过程有助于患者带着成就感结束治疗，通常是富有情感地、有意义地回顾患者与治疗师一起做过的工作。在这个过程中患者常常会体验到骄傲、有力量和对治疗师的感激。这种回顾也有助于患者将来的自我探索，更新患者对自身认识的“目录”。

体验心理治疗和治疗师的丧失

在结束阶段，患者体验到人类生活中本质的、又很伤感的一面：分离——失去了与一个人的关系，这个人一直对他很有帮助，并且让他感到和蔼可亲又很理解他。通过识别出对移情人物的被唤起的情感，这种丧失体验就会转变为成长的机遇。治疗师通常也会感到重要的丧失——失去了在治疗工作中已与他结为同事的患者，也失去了他治疗工作中的一个成功案例。此时，细心地关注反移情是很重要的。治疗师可能会有失误，他或者回避了无论以何种形式呈现出来的患者的丧失体验，或者认为丧失感完全是现实性的。不管哪种情形，在治疗师和患者都从自我角度看待治疗结束的情况下，移情元素就可能被粗心地忽略掉了。

重新体验和掌控移情

在结束治疗阶段，患者通常会出现症状的反复并再次出现与治疗师互动中曾有过的移情模式（Gillman，1982）。如果这些转变果真发生，治疗师不必感到惊讶或者过度沮丧。它们可以是患者练习新掌握的技能和知识的机会。此外，分离的体验唤起了新的而且有时候是非常重要的、最后的移情元素，这些移情元素与丧失有关，也与激活了某些愿望——即跟儿时的移情人物神奇般地重新在一起——有关。

提高自我探索的技能，自我探索是解决问题的一种方法

现在患者开始接替治疗师的功能。在最佳情况下，它会成为终生的自我探索过程。患者不断运用更深层次的自我探索来解决现在已熟知的而且被充分理解的内部冲突。这个过程要求治疗师谨慎地指导和协助患者，不要妨碍他，同时解释那些针对独立自主的努力而产生的移情阻抗，由此来鼓励和促进这个过程。

无论患者多么有能力多么有天赋，移情总会干扰患者进行治疗的能力。患者已在治疗师身上浸染了像父母那样的权威性，会在他身上寻求智慧和对未来的指引。如此，通过指出这种残留的移情以及它们如何妨碍了患者独立思考自己的能力，精神科医生会给患者带来极大的帮助。如下例所示：

有一位35岁的专业人员，人很聪明，但在维持亲密关系方面存在困难，于是前来寻求治疗。在治疗了3年之后，患者的工作表现大为改善，而且订了婚。结束治疗的日期定在6个月之后。当精神科医生建议患者回顾一下在治疗中他都学到了什么时，患者突然变得疏远起来，他说他认为应该立即停止治疗。他感觉回顾是一种智力上的挑战，他无法应付。患者和治疗师很快就识别出这种移情反应是他与人疏远行为的又一例证，这种疏远行为既是他前来寻求治疗的原因，也是他过去用来保护自己的方式。但是，这种移情体验使他对自己的智能产生怀疑还是头一次。识别出了自己曾有的移情现在以新的形式再现后，患者便开始回顾过去的治疗工作，并能够仔细地思考那些由于与精神科医生的关系即将结束而带来的悲伤。

结束治疗阶段的失望

失望是生活的一部分，也是结束治疗的体验中很重要的一个方面（Novick，1982）。患者（和治疗师）必须清楚什么是永远

无法做到的事情。治疗师必须认识到治疗的局限性，并向自己承认这一点(见表 11-2)。总体上，认识到治疗师的失望及其种种来源对于治疗师能够在治疗中处理患者的失望(Viorst，1982)以及处理结束治疗的问题都是至关重要的。

有时，治疗师不想结束治疗，因为他对治疗成效感到失望或者因为意识中或潜意识中对患者的治疗心存内疚。对患者的感情(Coen，1994)和成功治疗带给治疗师的优越感，都可能会抑制治疗师的识别能力，也会使治疗师在结束治疗的时刻不能结束治疗。这种情况会让治疗师在结束治疗的问题上感到失望。如果治疗师自己不愿意体验分离和丧失，那也会造成推迟治疗的结束，并且会让治疗师忽视患者独立发挥功能的能力。在所有这些例子中，治疗师必须仔细审查自己的失望感。

有些情况下，是外部事件决定了治疗需要结束，或者因为治疗师在接受培训，因为轮转要停止治疗；或者因为治疗师工作的诊所对治疗期限有限制；或者由于医疗保险的限制所致。当然，即使治疗师做得不错，患者也可能坚决地单方面决定提前结束治疗。在上述情况下，治疗师可能会在意识层面感到很难参与到结束治疗的工作中来。而在一些案例中，治疗师以各种形式表现出在潜意识层面对结束治疗的阻抗，从而使结束治疗的工作变得更加复杂。在结束治疗的时候，特别强调治疗师要留心自己的内部过程(Buxbaum，1950)，以便为患者提供最好的帮助。

在结束治疗阶段，治疗师需要做好准备，以便富有技巧地、支持性地讨论治疗的局限性，从而让患者能够更现实地面对未来。患者可能会问："我永远不会再这么焦虑了吧?"患者经常以某种形式提出这样的问题："如果我还需要帮助该怎么办?"精神科医生必须帮助患者理解这类问题中的移情部分和现实部分。患者在考虑未来的计划时会想到在生活环境改变或者新的问题出现时前来继续治疗，这是很现实的。如果很明确需要进一步的治疗而且也对此进行了讨论，但患者却对此不加考虑的话，治疗师必

须指出患者不太愿意合理地关照自己的健康。患者不想接受进一步治疗或者现在就想以后不再做治疗了，这些在结束治疗阶段都需要引起注意。如果是长程治疗的患者，可以告诉他结束的过程实际上在最后一次访谈之后仍会继续，这对患者常常是有帮助的。在结束治疗后的一段时间里，患者仍会感到他在整合结束的意义。通常，这些都是与独立有关的体验，它们只有在患者完全依靠自己的时候才会出现。如前所述，治疗师的丧失感和失望感会阻碍治疗的结束，除非这些感受被修通。下面的案例说明了这一点。

一位精神科受训医生即将完成他的研究生培训，并准备开始私人行医。他有一位患者是小学老师，因为与小孩们在一起感到焦虑要求心理治疗。治疗持续了 2 年，到现在仍没有完成；然而，当治疗师告诉患者他希望在他未来的私人诊所里继续治疗时，却遭到了患者的拒绝，患者说他付不起即将在私人诊所收取的费用。即使治疗师将访谈费用降低，患者仍说付不起。而患者正在接受治疗的诊所有一项规定，只给受训医生分配新的案例进行强化治疗，所谓新的案例就是先前没有接受过心理治疗的人。因此，这个患者在这里就不太可能有机会继续他的治疗了。在结束治疗阶段，医生和患者在访谈中都很努力。患者有效地回顾了治疗中两个人一起做过的工作。

但是，这位医生却很清楚还有很多工作需要完成，他逐渐体验到深深的悲伤、内疚，甚至出现了与之有关的强迫性洗手症状。他找到诊所的主任，那是一位很有经验的精神分析师。主任安排他接受一位非常有经验的资深精神分析师的治疗。很快，这位精神科医生理解了他的内疚感来源于他自己的儿时经历，并理解了他的这种感受又是怎样令患者更难搞清楚患者本人对继续治疗的感受。事实上，患者感到悲伤和困惑，这与治疗师的感受相似。的确，一旦治疗师认识到所有这些情况，他与患者的治疗工作便得到了改善。患者也决定去找一份周末的工作，尽管他仍付不起治疗师已经降低的费用，但是患者计划存些钱以便以后重新开始治疗。

当治疗不成功的时候

到现在为止，所有谈到的案例和治疗情形都有相对不错的结局。但是，对有些案例，治疗就是不起作用。也许是治疗师认为治疗没有效果，有必要结束治疗；或者，也许是患者决定结束治疗，即使治疗师给予了阻抗的解释和继续治疗的建议。在这种情况下，患者、治疗师或者治疗双方可能不仅仅是失望，而且还很愤怒——有时针对彼此，有时针对他们自己，有时针对那些其理论、许诺或传授令治疗师预期治疗会更加成功的人。我们无法对“这样的情况应该如何处理呢?”这个问题做出简单的回答。当然，治疗师要努力创造一种氛围，患者在其中可以表达失望和愤怒，这是很重要的。如果可能的话，治疗师应帮助患者考虑另一种治疗或治疗设置。缺乏经验的以及富有经验的心理动力学心理治疗师会面临一个共性的问题：因为他们对这种治疗有很高的评价，自然总是会传递给患者这样的观念，即，如果治疗无效，那就是失败。的确，在对某些患者的治疗中，是没有办法避免失败感的，假使治疗师没有传递出某种程度的热情和乐观，心理动力学心理治疗肯定难以取得进展。

然而，在很不成功的治疗的结束阶段，精神科医生可以表达某些态度，这些态度可能会帮助患者减轻失败感。首先，精神科医生必须牢记，无论患者有怎样特殊的人格特质和心理问题，他都是不断变化着的个体。在生命中的某个时段遭受治疗失败的患者，可能会在未来某个时期取得治疗的成功。如果治疗师懂得这一点，并向患者讲明，那不但会减轻患者的失败感，还会使得患者在未来更有可能寻求治疗。相似地，有关治疗的恰当搭配还有很多未解之处——精神科医生与患者之间的匹配，如果精神科医生对此有所认识，并仔细地向患者做出说明，就会表达出并非谁对谁错的态度，那么患者或许以后会找一位不同的治

疗师做治疗。最后，在结束治疗阶段坦诚讨论这些事情时，有些患者可能会出人意料地请求转诊到另一位心理治疗师那里，或者这样的讨论会让双方都意识到应该转诊，而不是结束治疗。如同任何医疗手段，心理治疗必然也会有失败的案例。在这些案例中，精神科医生采取支持性的、长期的、非教条性的以及关怀的态度将非常有助于减轻失败体验的负面作用，并最大限度地增加患者未来参与治疗的可能性。

尽管治疗成功，但患者拒绝结束治疗时

有时，治疗看上去进展得很顺利，但是患者从来不提及结束治疗的事，甚至是间接的提及也没有，这会让心理动力学心理治疗师感到困惑。治疗师仔细倾听，尤其注意梦和白日梦的象征意义，但是没有发现任何信息来帮助解释为什么没有提及结束治疗的事。

在这些情况下，患者通常会因一个或多个特定的原因而不愿结束治疗：一个源于儿时经历的幻想在进行中的心理治疗里获得了满足；因为治疗师在那个幻想中而害怕失去治疗师；因为治疗师在那个幻想中而害怕指向即将离去的治疗师的情感；因为治疗师在那个幻想中而希望实现长期怀有的对治疗师的愿望。下面这个具体的案例可以说明这一点：

一位30多岁的商人，因为焦虑和不愉快来做治疗。治疗性探询大多集中于患者早年与父母的关系，他被父母剥夺了很多东西，他逐渐明白了这种剥夺关系使得他控制内部情感的能力很差、总是会有对失望的预期、经常对自己的成就感到悲伤。患者接受了每周2次的心理动力学心理治疗，治疗3年之后，他能够更好地理解和调控他的情感，他不再感到特别的焦虑或者不愉快。但是他从来不谈及结束治疗。他的精神科医生想搞清楚这个问题，但是想不出是怎么回事。

一段时间以来，患者一直为社会交往的改善而快乐。现在，他对一位同事很感兴趣，但他说这位同事已经结婚了。开始的时候，精神科医生几乎没有对此加以考虑，但是慢慢地，当患者对这位女性的兴趣变得无法自控时，精神科医生开始好奇这一现象如何与移情建立联结——这一现象可以怎样解释移情。终于，治疗师开始在患者的联想中听出一些隐含的信息，即，这位无法得到的女性代表了治疗师（跨性别的移情）以及患者的母亲。治疗师开始作出一个假设：治疗始终没有结束是因为患者把治疗师体验为一位令人满意的母亲，如果他们分开（治疗结束）的话，患者会对母亲（治疗师）感到愤怒，这令他很恐惧；患者有个幻想，即，治疗代表了患者与儿时的母亲一种特殊的结合，它会永远持续下去。仔细地倾听证实和精练了这些想法，治疗师据此形成了恰当的解释并对患者做出了解释。患者逐渐理解了他的幻想，最终，他对那位已婚的女性朋友失去了兴趣，并开始进入治疗的结束阶段。上面这个过程，一直到结束阶段的开始，持续了将近1年的时间。

■ 告别：治疗师的反应

心理动力学心理治疗的结束阶段涉及告别，这对患者和精神科医生来讲都是情感上的挑战。心理动力学关系的丰富内涵非常显著，因为从根本上讲它是一种心理成长和发展的体验，会深深触动患者和治疗师。在二人场中的治疗师和患者都会不可避免地卷入到成长的体验中来。对于患者，治疗本身就是要创造这种可能性；对于心理治疗师，治疗关系的深度和帮助另一个人获得第二次机会走向心理成熟的体验总是会带来新的自我理解和改变。因此，在最后的时候，虽然患者在结束阶段被帮助认识到了所有结束阶段的问题，并且与治疗师讨论了这些问题，但是治疗师心中仍有可能怀有一系列复杂矛盾的情绪。对于治疗师来讲，结束治疗是治疗中最具挑战性的情形之一。治疗师对

结束治疗的体验曾一度是心理动力学临床医生和学者们(Viorst,1982)关注的焦点。重要的是,提供心理动力学心理治疗的精神科医生应预料到会体验强烈的情感反应,并且他要很具体、仔细地探索有关的情绪和想法。挥之不去的丧失感、个人成长的喜悦以及将来会与患者见面的幻想,都是在结束阶段治疗师常有的情况,治疗师必须私下里理解它们。在意识层面识别和理解这些情绪也很重要,因为最后说再见的时候,患者永远需要知道并且必须被明确地告知:以后需要做治疗的时候仍可以选择先前的治疗师。如果治疗师没有探索他对结束治疗的反应,他可能不会给予这样的保证,或者做出的保证有失权威性。并不是说如果偶然相遇,先前的治疗师不能自然地给先前的患者打个招呼。但是,精神科医生应该为患者保留以后再回来求助的可能性,这需要在结束治疗时不破坏恰当的治疗界限。同样重要的是,在治疗结束时,患者心怀满意的体验,精神科医生应完好地保留患者对这些体验的记忆,因为这些记忆可用作患者将来解决新问题的模板(Pfeffer,1993)。据此,如果治疗师去找先前的患者让他为治疗师最钟爱的慈善事业捐款,或者向先前的患者征求职业上的建议,都会极大地影响患者对治疗工作的看法,并且会让患者在感觉未来是否还会找治疗师做治疗方面大打折扣。心怀感激的、先前的患者可能不会拒绝这样的请求,但是他的心中会充满怨恨,他可能不会再找这位治疗师寻求帮助了,或者不能运用成功治疗的记忆作为他将来解决问题的模板了。自我探索可以帮助心理动力学心理治疗师处理结束治疗时的强烈情感。理解与患者关系的意义,以及熟悉治疗的局限性都有助于处理治疗师的反应(表11-3)。督导以及与同事间的讨论常常带来内省,并且消除孤独感。个人的精神分析或深层心理动力学心理治疗极为有用,可以帮助治疗师理解自己在这种充满强烈情感的治疗阶段的反应。

表 11-3. 在治疗结束阶段用以帮助心理治疗师的技术

训练有素的自我探索
熟悉心理动力学心理治疗的局限性
督导和咨询求教
个人精神分析或深层心理动力学心理治疗

结束阶段没有出现

在某些情况下，结束阶段没有出现，或者没有以预期的方式出现。有些患者从心理动力学心理治疗中获益，他们希望治疗可以持续很久，有时候甚至是几十年。这不是因为他们需要支持性的治疗，而是因为他们喜欢谈话治疗胜于其他形式的治疗，比如服用精神活性药物来帮助控制情感障碍。更少见的情况是，患者从做心理动力学心理治疗的地方搬走了，他和治疗师都认为结束治疗后通常的转诊程序不是最好的选择。在这些案例中，可以通过电话——或者使用连接电脑的音像设备——继续心理治疗多年，直到完成治疗（Zalusky，1998）。在这样的案例中，患者必须与治疗师有稳固的治疗关系，必须有支持与当前治疗师继续治疗的特殊的心理动力学需要，必须有能力在治疗师不在身旁的情况下维持心理平衡。下面的例子说明了这种情形：

有位60岁男性，社会交往极少，在妻子去世后开始接受心理动力学心理治疗。从他过去的经历中了解到：在他成长的家庭里一直遭受父母的排斥；他天生也很害羞；他与妻子的关系是他有生以来最亲密的关系。他的治疗每周2次，在过去2年的治疗中他与治疗师建立了紧密的关系，在探索他被父母排斥的方面进展顺利。后来，出人意料的事发生了，他在职的公司决定将总部迁往另一城市，也想

让他一起搬过去。很清楚，到了他这个岁数，已经很难跳槽找到合适的工作了。起先，治疗双方考虑了患者退休的可能性，但这一做法带来的负面效应很快就显而易见了。接下来，他们考虑了结束当前治疗然后在他将要去往的城市重新开始心理治疗的可能性。对此，患者感到很沮丧，他告诉治疗师他对丧失非常敏感，尤其是因为他与父母在一起的经历，最近又失去了妻子。

他也提醒治疗师，她已经变得对患者非常重要了，另外，由于他非常害羞，所以对他来讲建立起这样的亲密关系是很难的。于是，治疗双方决定采用电脑的音频和视频会议设备做尝试性治疗，并且在患者真的搬走之前他们做了这样的尝试。他们发现这个方法有效，于是决定在患者搬走之后继续这样做，而且非常成功。这种每周 2 次的远程治疗继续了 3 年后，他们结束了治疗。这是因为双方都感觉到目标已经达到，而不是因为外在环境因素使他们被迫终止治疗。

参考文献

Alexander F: The voice of the intellect is soft. Psychoanal Rev 28:12–29, 1941

Buxbaum E: Technique of terminating analysis. Int J Psychoanal 31:184–190, 1950

Coen SJ: Barriers to love between patient and analyst. J Am Psychoanal Assoc 42:1107–1135, 1994

Gillman RD: The termination phase in psychoanalytic practice: a survey of 48 completed cases. Psychoanalytic Inquiry 2:463–472, 1982

Novick J: Termination: themes and issues. Psychoanalytic Inquiry 2:329–365, 1982

Pfeffer AZ: After the analysis: analyst as both old and new object. J Am Psychoanal Assoc 41:323–337, 1993

Ticho E: Termination of psychoanalysis: treatment goals, life goals. Psychoanal Q 41:315–333, 1972

Viorst J: Experiences of loss at the end of analysis: the analyst's response to termination. Psychoanalytic Inquiry 2:399–418, 1982

Zalusky S: Telephone analysis: out of sight, but not out of mind. J Am Psychoanal Assoc 46:1221–1242, 1998

补充阅读

Dewald PA: The clinical importance of the termination phase. Psychoanalytic Inquiry 2:441–461, 1982

Firestein SK: Termination in Psychoanalysis. New York, International Universities Press, 1978

Reich A: On the termination of psychoanalysis. Int J Psychoanal 31:179–183, 1950

12 实践中的问题及处理

所有治疗师在运用心理动力学心理治疗的时候都会在实践中遇到问题。对于初学者，这些问题就像是魔方——一种多面难解之谜，似乎找不到解决办法(表 12-1)。这些问题可以很基础，比如治疗室的选择和装饰、确定治疗费用、处理医疗保险、应对来电和安排度假；也可以是更棘手的问题，比如自杀和危险的患者、是否接受礼物、什么时候给患者建议、如何处理患者的躯体疾病、治疗界线、管理型保健的干涉以及如何处理自己的失误。

表 12-1. 在心理动力学心理治疗实践中的常见问题

治疗室的装饰和设置
危险的患者
费用
礼物
医疗保险，管理型保健
给予建议
药物治疗
电话
患者的躯体疾病
度假安排
治疗师的失误
自杀的患者

治疗室:装饰和设置

治疗室的装饰宜简单、舒服,既不要太单调、失去了人性的色彩,也不要过分显露出有关治疗师私人生活的信息。应该避免摆放治疗师家人的照片。患者的移情经常会牵扯到对治疗师家人——父母、配偶和孩子——的想法。了解了这些家人的具体信息可能会阻碍患者对他们产生幻想(包括幻想出现的时间和内容)的自然过程。如果是病情严重的患者,当他们知道治疗师的生活信息过多时,也会让治疗师产生不必要的焦虑。如果患者了解了治疗师的生活,那么反移情也可能会更为强烈,这是因为患者的幻想会更接近治疗师的现实生活,那些在治疗室里摆放的家庭照片和纪念品已向患者透露了这些信息。对患者来说,知道了治疗师的生活信息也可能是一种负担,使他难以表达强烈的情绪体验。治疗室的光线应当充分,但不要太刺眼。室内光线微弱会让患者有被诱惑的感觉;光线太强又会让人感到枯燥乏味,很不舒服。治疗师不要坐在桌子的后面,避免与患者之间被桌子隔断。患者和治疗师的坐椅都应当舒适。坐椅的摆放宜有适度的距离,既有亲切感,又不会因为太近而有被侵入的感觉。可以在很多地方接诊患者,包括医院或者诊所的治疗室、设在办公楼里以及家里的治疗室等。显然,那些很可能会见诸行动的精神病患者或出现危险行为的患者,最好在医院或者诊所里接受治疗,治疗师在那里会得到及时的帮助。如果治疗师在家里接诊患者的话,患者就有机会接触到治疗师大量的个人信息,因此对于这样的治疗方式有特殊的指导原则。对那些有可能在家里接诊的患者,应在电话中非常仔细地筛查。曾有过暴力行为和精神病性移情的患者,以及人格障碍中有见诸行动倾向的患者是不应该在治疗师的家中接诊的。这些患者会发展出强烈的移情,加上他们自我控制能力差和倾向于采取行动的

特点，其结果往往是患者闯入治疗师及其家庭的生活，使得治疗师对治疗感到很不舒服，有时候甚至让治疗难以进行。这些患者可能会反复驱车经过治疗师的家门，跟踪治疗师的家人，或者有无法抵御的诱惑去搅扰治疗师的隐私。在电话中，治疗师可以向行将接受治疗的患者询问如下问题：

1. 你现在需要处理的症状是什么？
2. 你以前做过心理治疗吗？
3. 你曾用过药物来治疗精神方面的问题吗？如果用过，是哪种药物？（患者对这个问题的回答会给诊断提供线索，特别是曾用过抗精神病药物的话。）
4. 你以前住过院吗？是在什么情况下住的院？

患者通过电话与未来治疗师接触时所表现出来的条理、慎重、得体和前后一致，都是评估这个患者是否适合在治疗师家中接受治疗的有用线索。例如，一位患者从另一座城市打来电话，说非常急切要见到这位很特别的治疗师，原因是在报纸上看到了关于他的工作介绍。这位患者就可能不太适合在治疗师家里做治疗。因为他强烈的行为提示他很容易形成迅速、强烈且不合理的移情。如果一位患者是在转诊的过程中从内科医生那里或从其他恰当的信息来源（例如朋友或者亲属）获得了治疗师的名字，会比较适合在治疗师家里做治疗。

在家里做治疗的确对治疗师很方便，但也有风险带来强烈的移情和随之而来的防御性的、过度自我保护的反移情。治疗师需要感到住所、家庭和私人生活的界线安全有保障才行。

费用

在免费医疗和浮动收费的医院和诊所之外，心理治疗师通常根据所在地域的标准收取费用。治疗费用的规定需要符合实际情况，而且从治疗刚开始的时候就应保持一致不变，不要随意

改动。许多患者，也许是绝大多数患者，在钱上都存在冲突。这些冲突会表现在心理治疗的内容中。钱往往会跟依赖、情感供给、内疚感、贪婪、剥夺或权利等联系在一起。心理治疗师应该直接面对并且清楚地认识那些与费用相关的问题。

治疗师对收费的看法是有差别的。医疗保险和管理型保健是医患关系中的实际问题，可能导致本来就复杂的问题变得更加复杂。向保险公司汇报临床医生的实际工作、填写表格、开账单交给保险公司或者电话通知保险公司以及接受保险公司提供的付费比率，这些都是心理治疗协议所包含的内容。这些实际问题必须实事求是的、坦诚的讨论。如果患者因为不能接受治疗费用或治疗安排而放弃治疗的话，临床医生必须协助将患者转诊到适合他的医生那里，并确保患者在那里能够得到所需要的治疗。在首次访谈评估时，就要开始对患者负起责任。

在长程心理治疗中，治疗师固定安排出自己的时间给患者做治疗，实际上，患者有时候会被看作“租用”了治疗师的这些时间。因此，一般来讲，患者是要为错过的访谈付费的，除非治疗师可在这个时间安排其他患者或者为患者重新调整时间补上错过的访谈。在很多方面，可以说这一原则是治疗师采取的最为中立且在根本上最尊重人的立场。也有其他情况，比如治疗师会对患者不来治疗的行为合理与否做是与非的判断。在这种情况下，倘若治疗师认为患者的缺席值得原谅，那么他实际上是在自愿为患者的缺席承担自己经济上的损失。如果患者在为错过的访谈付费时感到愤怒，那就有机会去探索他愤怒的动力学意义以及为什么患者会认为治疗师应该承担患者生活中遇到的紧急事件所带来的影响。同样，按照这样的指导原则操作的治疗师，（由于缺席的访谈没有收费）根据已预定的、稳定的访谈次数所计算的收费总额会减少，因此，他实际上每次访谈的收费无形中降低了。

假使降低费用对患者有益并且治疗师也不反对的话，治疗

师并非不可以这样做。每位治疗师都应当事先确定自己的收费底线。临床医生应当坦诚面对患者的实际困难，但也应当明确在多大程度上他需要感到自己在专业上所付出的工作时间物有所值，以及在多大程度上他认为医生应该贡献自己的时间。一般情况下，治疗师每年会和患者一起回顾治疗费用，此时，治疗师可根据物价上涨的情况调整费用。对于付费较低的患者，在他们经济情况允许时，也可以再调高费用。收费低会让患者有被当做婴儿的感觉以及被特殊对待的感觉。而且，患者也会感觉到自己有责任在其他方面关照治疗师，比如不要对治疗师生气。治疗师必须通过解释来处理患者的这些感受。

在评估结束时以及开始心理治疗之前，治疗师应当与患者明确地讨论他一贯采取的收费方式，尤其是有关保险、开具账单、按计划回顾收费和提高收费等方面的一些规定。如果治疗师将访谈时间视为租出去的时间，那就应向患者解释清楚为什么她不来治疗仍要收取费用。通常，出租时间的解释会很有帮助。这个解释也有助于患者按月或年的时间单位去考虑费用，而不是按小时去考虑费用。随着治疗的进展，如果治疗师觉得能接受的话，也可讨论在整个治疗结束后付账的可能性。对于短程心理治疗，这可能是种很实际的做法，且可能与患者知道的其他一些医疗付费程序是一致的。

如果患者在经济上难以支付，或者不同意治疗师的治疗安排和收费方式，那么他随时都有权利去找其他治疗师。在这种情况下，治疗师应帮助患者找到更合乎他意愿的治疗师或治疗设置。如果患者放弃治疗的决定是基于冲突或神经症的问题，那么治疗师可以尝试延长评估时间，通过探索和解释让患者理解自己的决定。然而，由于此时仍处于治疗的早期阶段，患者还没有与治疗师建立起稳固的治疗联盟，所以这种探索和解释往往无功而返。

医疗保险和管理型保健

随着第三方付费和管理型保健成为所有医疗保健的突出内容，治疗师经常被置于要应付保险公司和病案管理者的位置。通常，这都是些很复杂的状况。在可行的情况下，治疗师要填写表格和撰写报告，但他应当让患者与保险公司打交道并给保险公司出具费用单。这对资源贫乏的患者并非总是可行。当治疗师被要求写一份病例回顾并呈交给保险公司时，一般是要先征得患者的同意并遵从患者的意愿。在呈交病例报告前，很多治疗师会和患者一起来阅读报告以发现有何不妥之处，或者至少询问患者是否愿意一起来做这个事情。报告中的内容应该都是患者已知晓的。因为，一般来讲，报告的内容都是些诸如症状、问题之类的情况，而不涉及动力性假设和对患者潜意识的解析。与患者一起来阅读报告并不像想象中那样会招惹麻烦，相反，这种做法有时会激发出非常重要的探讨。当病案管理者拒绝为患者的治疗继续提供费用支持时，治疗师应当与患者就此情形进行讨论，并给患者提供可行的选择。尽管病案管理者不支持继续治疗，治疗师仍应当告诉患者他所推荐的疗程以及可用以替换的治疗各有何利弊，这是很重要的一点。治疗师应当时刻做好准备呼吁病案管理者同意为患者继续接受治疗提供支持，并且向患者详细解释治疗的情况以及继续治疗的指征。如果治疗师的呼吁无效，病案管理者仍不同意继续治疗的话，那对治疗的影响可能会非常大。患者会很担心他的心理疾患以及怎样满足他对治疗的需要。治疗师必须帮助患者看到现实中的限制因素以及保险公司的人员或是管理型保健的提供方可能在破坏治疗师与患者之间达成的治疗契约，但是，不要鼓励患者见诸行动或让患者承载治疗师自己的恐惧、愤怒和失望。治疗的焦点更可能是理解患者的冲突，这些冲突会明显地表现在患者恰当地保

护自己和在保险公司或是管理型保健不同意继续治疗时寻求解决方法的过程中。

药物治疗

心理治疗结合药物治疗属于常规治疗，并非例外。这两种治疗策略倾向于互补。药物治疗主要针对具体症状，但总体上对人际模式、社交技能和防御特征疗效欠佳，而这些对于康复、治疗依从性和长期维系疗效又是很重要的影响因素。在药物治疗过程中要密切观察移情和反移情。患者可能会对药物治疗有这样的认识——“只等着它发挥作用”，并把它视作医生权力和力量的象征。另外，患者也可能对服用的药物有特定的幻想：“我妈妈过去用的就是那种药”。这句话既有生物学方面的重要性（例如它提示此药对患者可能有效），也有心理动力学的意义（例如服用这种药物意味着自己会与母亲相像）。探索这些内容对于理解患者的冲突并确保药物治疗的依从性非常重要。

开药的医生也很可能体验到与患者阻抗有关的反移情。医生会感觉患者是在拒绝服药，他所表达的阻抗并不能通过解释或提供给他更多有关药物的信息来消除。患者需要清楚地知道药物的适应证和不良反应。心理治疗关系会促进医生和患者一起决定选择何种药物以及服药多久。

电话

在访谈间期，当患者给治疗师打电话时，一般原则是接听患者来电或很快回复电话，通话时要仔细倾听，同时要注意让这些访谈间期的通话简短。应避免在电话里做解释。对来电原因的探索和解释应放在下一次访谈里。治疗师应当清楚，交流与探索应限制在治疗时间中进行。

然而，如果发生紧急情况，治疗师就需要采取所有必要的措施做出回应。这些紧急情况可能出现于：

- 精神病或自杀患者
- 有意的或无意的犯罪
- 对自己或他人有危险的患者，他们需要受到警察的密切关注或需派警察前去干预
- 躯体急症，心理治疗师需要迅速、恰当的转诊患者

更重要的是，面临紧急情况时，这些事件需要直接、迅速地得到处理。对患者来电的所有可能的解释应推迟到以后更稳定的访谈中进行。

遇到紧急情况时，也可在电话里继续原定的治疗。这对于进展良好的治疗是非常有效的，在这样的治疗中，治疗师和患者都已熟知治疗中的微妙沟通。对下面的患者，电话访谈也许非常有帮助：患者意外生病在家、在治疗频率很高的时候患者因为度假或旅行不能来治疗室做治疗，或者患者生活在农村或国外并且无法在当地找到合适的治疗师。然而，由于缺乏人与人的直接接触，电话访谈会严重限制患者对治疗的感受以及治疗师能获得的信息，因此，需要谨慎采用。将来，远程医疗服务可能会给心理治疗提供独特的机会，因为既有声音又有同步视频，而且价格合理。远程医疗服务已用于灾区服务，并取得了良好效果。

休假安排

应当尽可能提前告知患者治疗师的休假日期。如果治疗师判断，在他休假期间某些患者需要能找到可给他提供帮助的人，那就应当安排好一位同事接听值班电话以备万一。病情严重或急性期的患者可能需要与值班治疗师真正的会面；这些会面应安排在治疗师离开之前。在某些情况下，患者可能需要联系到正在休假的治疗师，但一般情况下这是不必要的，也不应鼓励这样做。

患者对治疗师休假的反应使治疗中有机会去探索患者对待分离以及独立机会的反应。治疗师的离开能引发患者对重要的、早年分离的记忆，并为患者提供机会去巩固之前的治疗成果并体验更大的自主性。

自杀患者

评估患者的自杀风险和防范患者的自杀企图，对处于培训阶段的治疗师是非常关切的问题，而且在心理治疗师整个职业生涯中都是重要的问题。在评估自杀风险时，详细的病史是最好的参考信息。过去有过自杀企图的患者绝对是有危险的，至少在高强度的心理治疗中会想要自杀（如果在治疗中探索了那些关键性的相关冲突的话）。并且，患者如果真的曾经企图伤害过自己，甚至是在很久以前，一般来讲要比只有过自杀情绪而没有付诸行动的患者存在更大的自杀风险。对于病史上有过自杀情绪的患者都要严肃认真对待，要尊重他们的感受，绝不要看作患者"只是"想操纵别人而已。

治疗中，在患者有自杀情绪的阶段，治疗师应保持警惕并有所准备。总体来讲，当治疗师担心患者可能有自杀情绪的时候，明智的做法是坦诚地询问，而不要因为害怕能力不够或惧怕扰动而不敢询问。通常要确保有自杀倾向的患者知道治疗师意识到了并且在关心他的感受，而没有被他的感受吓到。下面列出了其他一些有帮助的策略：

- 与患者订下严格的协议，如果有采取自杀行为的危险时，他要主动寻求帮助
- 夜间、周末和休假期间安排值班治疗师接听电话
- 知道在紧急情况下可以迅速将患者送到哪个医院

让患者知道治疗师对他住院已有所准备，反而会大大减少住院的需要。如果心理治疗师非常关心自杀的患者，那么他就

需要知道在哪里可以找到患者的家人，这一点很重要。如果患者在很认真地考虑并谈出自杀行动的具体计划，治疗师就有责任考虑是否应通知家属并强制患者入院。

■ 危险的患者

对任何心理治疗师而言，那些曾经伤害过他人或表达愤怒并有冲动去伤害治疗师和他人的患者都是一种挑战。心理治疗师要遵守的原则是：不逞能当英雄。如果存在严重的风险，治疗师只得通知可能会遭受暴力伤害的人以及权威部门。治疗师也需要感到他们自己是在能够保护他们安全的环境中工作。对于紧张的患者或具有威胁性的患者，治疗师永远不要堵着门或让愤怒的患者无法迅速离开。最好是在医院、诊所或团体工作设置中接诊此类患者，在那里可迅速获得帮助，患者和治疗师也都会感到足够安全以探索导致患者愤怒的困难问题。

■ 礼物

是否接受患者的礼物是一个棘手的问题，几乎在任何临床实践中都可能遇到。理想的情况是不接受礼物，而是去探索患者送礼物背后隐藏的愿望和幻想。然而，有时候对于脆弱的患者，拒收礼物给他的自尊带来的打击超过了拒收礼物带来的任何获益。对这些患者应做出明智的临床判断。礼物是可以接受的，特别是理解和解释礼物的意义成为治疗一部分的情况下。很明显，如果患者想送昂贵的礼物，从伦理上治疗师是不应该接受的。礼物是心理治疗中常见的维持界限的一个例子。总的来说，治疗师采取的行动既能让患者最大程度地表达他的情感，又不至于抑制患者的联想——送礼或是由于感到自己很特殊，或是由于感觉治疗师不在意自己了。

给予建议：心理治疗师承担的是医生的角色

总体来讲，心理动力学心理治疗师在与患者的关系中会努力坚持中立、共情和非指导性的立场。很少有需要治疗师给予患者建议的情境和紧急情况。当治疗师发现患者有尚未识别出的躯体急症时，是应该给患者提出医学建议的一个例子。比如，如果患者诉说有柏油样便（提示消化道出血）或者视觉和神经功能异常（提示颅内急症），他可能完全没有意识到这些症状的严重性，此时，治疗师应当给予直接而明确的建议，告诉他如何去做进一步的检查。偶尔，有心身疾病的患者可能需要紧急转诊并与医学专家协同治疗。比如，一位肉芽肿性结肠炎的患者，在对治疗师有愤怒移情期间病灶出血了。许多这样的患者是在躯体层面表达他们的冲突和难以处理的情感，躯体症状由此产生并持续数月甚至多年，直到他们开始在意识层面上通过语言承认和表达他们的情感。对于这些患者而言，在做心理治疗的同时也跟内科医生保持紧密的合作对他的总体健康和安全性来说是最好的选择。

对患者家庭中的紧急情况，包括儿童的危险行为，治疗师也可能需要给予建议。也有些其他的情况，治疗师会介绍患者生活中的某个人去看内科医生或精神科医生，这也可能是恰当的做法。有时，治疗师也有必要向患者指出，由于患者的天真或者潜意识里自我破坏的冲动使他们持续表现一些特殊的行动，而这会给他们的经济或身体带来极大的危害。

所有这些都需要技巧和深思熟虑。进展良好的心理治疗会达到足够的深度，在这样的治疗中，上述事件的意义包括医生干预的意义，将会得到探索和理解。医生-治疗师提供建议与否的决定最终需要与患者一起探索，探索其意义以及与过去的连接点。

患者的躯体疾病

任何导致患者需要住院治疗或取消多次访谈的重大疾病都应该直接讨论。患者与治疗师双方或一方可能会更愿意停止治疗,治疗师便可自由安排原本用于访谈的这些时间。同时,他们可以计划以后重新开始治疗。在这种情况下,最好的指导原则是治疗师要充当医生的角色,谨记什么是患者的最佳利益。如果患者因出现了严重疾病而住院,给患者寄一张慰问卡可能是维系治疗联盟和表达医生式关心的重要途径。

治疗师的失误

当治疗师有失误时——比如忘记一次治疗访谈、同一时间安排了两个患者或者开错了收费账单——他应当承认自己的失误,如果恰当的话可以向患者道歉,然后询问患者对此事的感受。通常,患者不想承认治疗师有失误,或者他们不想承认自己因被轻视而感到愤怒和受伤。治疗师也必须利用这些失误提供的机会来进行自我探索并理解失误的意义。有时候,理解这些反移情的态度能帮助治疗师看到患者的隐秘问题,这些问题一直被治疗师所忽略并潜意识地做出反应,因为它们与治疗师过去经历的事件有相似之处。

一般原则

在心理动力学心理治疗中可能遇到的实际问题不计其数。然而,对这些事件的处理有些一般性的指导原则(表 12-2)。首先,在一些跟医学有关的紧急事件中,患者的问题可能会给自己或家人带来影响(例如有暴力行为的患者或显著的儿童虐待),

此时治疗师要采取必须采取的措施。同样，患者有躯体疾病时，先要将患者转诊接受躯体治疗，然后处理患者如何寻求治疗或回避治疗的动力学问题，以及他对要求转诊的感受。总之，在一个实际问题被处理之后，治疗师应该记住这件事，并在治疗中观察和探索与之相关的反应。不论采取行动还是没采取行动都需要探索它对患者意味着什么。没有唯一正确的答案。通常，应当作为关心患者的医生去培养患者的自主性，同时又不将患者置于过分的危险之中，这样做会引导精神科医生朝着与患者维系治疗联盟并在以后可对发生的事件进行探索的方向迈进。

表 12-2. 在心理动力学心理治疗中，处理实际问题的一般性指导原则

在跟医学有关的紧急事件中，要采取必须采取的措施
不论采取行动还是不采取行动都需要探索
作为关心患者的医生去工作
培养自主性和独立性
创造一个安全的环境以便进行探索

心理治疗师应牢记总的治疗目标：允许患者以逐渐深入的方式探索他的感受、幻想和行为。在紧急事件发生的当时或之后，这个目标可以指导治疗师处理最实际的问题。最后一点，心理动力学心理治疗师的工作应朝向尽最大可能让患者在安全的环境下运用言语探索感受、想法和行为。

推 荐 读 物

Beitman BD, Klerman GL (eds): Integrating Pharmacotherapy and Psychotherapy. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1991

Epstein RS: Keeping Boundaries: Maintaining Safety and Integrity in the Psychotherapeutic Process. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1994

Schwartz HJ (ed): Psychodynamic Concepts in General Psychiatry. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1995

13 短程心理治疗

在第二次世界大战之后，对心理治疗的需求迅速增长。伴随着社区精神卫生运动的开展和近来对卫生保健成本的考虑，对短程心理动力学心理治疗的兴趣也大为提高。现在，短程心理治疗已成为每位心理治疗师必不可少的技能。这种治疗模式需要治疗师挑战自己的抱负、完美主义以及任何对人格功能的理想化想象。因为，短程心理动力学心理治疗朝向的只是焦点冲突区的行为改变。它通过限制治疗时间而有别于长程心理动力学心理治疗。在治疗时间上有所限制使得这种治疗具有了独特的特征、目标、患者选择和治疗技术。短程心理治疗的目标是保持患者心理发展的连续性，当影响生命历程的心理动力学冲突出现时，这种连续性会受到阻碍。通过聚焦于这种核心冲突（这是患者当前生活中最紧要的内容），并且聚焦于这种冲突以何种方式在患者生活中发挥关键性作用，治疗师希望给患者带来的改变可以全面地影响患者的心理成长与发展。这个焦点往往体现出与人建立联系的模式，包含了根据儿童期与重要人物建立联系的模式所形成的期望、幻想和假设（在大量经验研究中，这种模式被称作核心冲突性关系主题[Luborsky 和 Crits-Christoph，1990]）。

长程心理治疗聚焦于患者过去的经历，而短程心理动力学心理治疗则依赖于有利的时刻（Stierlin，1968）——患者生命中的某个时刻，此时患者由于体验到当前冲突的强烈和急迫，对改

变持有特别开放的态度。因为它疗程简短，所以短程心理动力学心理治疗比长程心理治疗更加依赖于患者的某些能力，即，将治疗中的收获进行实践和扩展的能力以及在治疗结束后的多种生活情境中运用这些收获的能力。短程心理动力学心理治疗与长程心理动力学心理治疗的核心区别意味着：一旦明确了问题的特性（防御和移情扭曲），患者必须有能力依靠自己去实践并且修通这些冲突。弗洛伊德最初做的分析时间不长，仅持续 3 到 6 个月。但是，以后精神分析的时间就长得多了。Franz Alexander（1953）是短程心理动力学心理治疗的早期工作者之一。近期，David Malan（1976），Peter Sifneos（1972），James Mann（1973）和 Habib Davanloo（1978）的工作奠定了现代治疗的基础。尽管这些学者的选择标准和技术有所不同，但是他们之间的共同之处却更为明显（Ursano 和 Hales，1986；Ursano 和 Ursano，2000）。

患者的选择

识别焦点冲突是短程心理动力学心理治疗绝对的必要条件。此外，患者必须有能力从情感的层面进行思考，且必须有强烈的治疗动机。患者的主诉越具体，这个冲突区就越有可能在短期内被解决（Hoglend 和 Heyerdahl，1994）。复杂的或者深层的问题则需要更多的时间。在生活中至少能与一个人建立起有意义关系的患者，将会有更好的客体关系，并能更好地忍受心理治疗所激发的难以面对的情感（表 13-1）。对尝试性解释的良好反应也是一种预后良好的征象。Malan（1976）强调，如果治疗师不能在情感层面触及患者，将很难在短时间内形成短程心理治疗所需要的治疗联盟。

Sifneos（1972）强调了具有俄狄浦斯期特性的焦点冲突的重要性，这一焦点冲突通常涉及那些围绕成功、胜利、丧失和变

表 13-1. 短程心理动力学心理治疗患者的选择

患者	
	有一个焦点冲突
	能够从情感层面进行思考
	强烈的治疗动机
	至少有一个有意义的关系
	对尝试性解释反应良好
治疗师	
	能够在情感层面触及患者
	排除有严重抑郁、精神病或见诸行动的患者
	通常排除有边缘型、自恋型人格障碍或偏执障碍的患者

得“更强大”的竞争主题。但是，其他学者则认为焦点冲突不仅来自俄狄浦斯期，而是有更为宽泛的发展源头。尽管无严重疾病并不是一个选择患者的标准，但是在许多选择标准中仍然排除了那些病情严重的患者。如果治疗师预测患者有严重抑郁或精神病发作的可能性，或者如果患者易于将他的病理问题见诸行动（例如物质滥用，自杀行为），那么此类患者不适合做限定期限的心理治疗，因为短期的治疗不能给他们提供他们可能需要的、灵活的支持。同样，投射、分裂和否认等防御机制也造成医患双方难以在短时间内建立起治疗联盟，而在短时间内建立起治疗联盟正是短程心理治疗的要求。这些局限说明，短程心理动力学心理治疗通常不会对边缘型、自恋型和偏执的患者有理想的疗效。焦点的选择是短程心理动力学心理治疗评估中最为重要的部分。除非在评估阶段明确发现了患者的焦点问题，否则，大多数治疗师是不会选择短程心理动力学心理治疗的。促发因素、早年创伤和反复出现的行为模式可以指引我们找到核心焦点。有时，患者会报告他认为重要的梦，这个梦也可能会成为通向焦点

冲突的入口。要找出当前生活中的冲突与儿童期冲突的一致性。在移情中冲突浮现和被分析的机会越大，治疗就越有可能获得成功。通常会发现，可能的焦点冲突区不止一个。治疗师需要决定哪个焦点冲突区最需要处理并且最容易被触及——即能够从人格的其他方面剥离出来(Ursano 和 Ursano，2000)。

在评估阶段结束的时候，作为提议开始短程心理动力学心理治疗的内容之一，要告诉患者他的焦点冲突是什么。应该用患者的日常用语来说明他的焦点冲突。Mann(1973)将核心冲突描述为患者当前和长期以来承受的痛苦，它们处于前意识水平。这种痛苦通常可从患者的高兴、悲伤、气愤、恐惧或内疚感中得以识别(Davanloo，1978)。核心问题决定了治疗契约和治疗目标，如下例所示：

一位 41 岁的已婚男性，成功的中层经理，由于婚姻中面临越来越多的问题前来接受评估。患者说，在过去的几年中他对婚姻的兴趣已大为减少。婚姻不协调已成为他与妻子关系的突出问题。他有一个 12 岁的儿子，他希望儿子做到"为自己负责"。当他的儿子与妻子争执时，患者会避开。在性方面，他对妻子的兴趣也大不如从前，与此同时，他发现自己对"花花公子"之类的杂志更感兴趣。在采集病史的时候，治疗师获悉患者 12 岁的时候父亲自杀身亡。父亲从事的是与患者类似的工作。患者的母亲安静、保守。10 年前她才再婚，而婚后 5 年时，她的第二任丈夫在一次飞机失事中丧生。

这位患者潜在的焦点冲突是什么呢？一种可能是逐渐失去了亲密关系(与妻子之间)，并且转向了更为自给自足的状态。一个明显的事实是，儿子已接近患者父亲自杀时患者的年龄，这个事实或许可以指引去探索患者在父亲去世时所体验到的丧失感。然而，患者也将比他的父亲活得年头更长。于是，另一个不同于丧失的焦点领域将会是他由于比父亲活得长所带来的、冲突的胜利感，此时的移情就可能是父性的、竞争性的。而看到妻子和儿

子的争执也可能会使患者重新体验到被母亲抚养时他所面临的困难。对这个焦点冲突的探讨可能会揭示出母性的移情。

因此，在这个案例中，有多种活动性的潜在冲突区。临床医生的任务就是选择一个冲突区。尽管选择从来都不是一项容易的工作，但仍有些指导原则可循(表 13-2)。被选择的冲突区应当是活动性的。对活动性冲突的尝试性解释常会引发出强烈的情绪，这是判断活动性冲突区的指标。初学者往往会忽略掉患者对成功的恐惧，相比之下，初学者会觉得更容易与患者的丧失共情。结合对成功的恐惧和丧失两个视角来解析案例通常很有帮助，这样就不会忽略掉患者对成功的冲突。由于持续时间短并且很快会面临分离，短程心理治疗倾向于强调与丧失有关的既往冲突。如果这些丧失是俄狄浦斯期的丧失，而不是源自前俄狄浦斯期的关系，那就很适合在治疗中对它们进行探索。在任何单一短程心理治疗中，应该只处理一个冲突区。一般而言，这意味着移情将会集中在一个人身上，并且向患者阐明的焦点冲突也都是围绕那个人的。移情解释应限于患者过去生活中的那个重要人物。治疗师应该避免围绕所有问题工作。特别要去探索引起抑制的冲突。探讨引起抑制的冲突区可使患者体验到精力与活力的恢复，患者可利用这些精力和活力解决生活中的问题。

表 13-2. 在短程心理动力学心理治疗中识别焦点冲突

识别冲突
探索促发因素、早年创伤和反复出现的行为以寻找冲突模式
寻找抑制区
对有关成功和丧失的冲突保持敏锐
选择一个焦点冲突
选择一个在患者生活中活动的冲突
对冲突做出尝试性解释(尝试性解释经常引发情感反应)
选择一个与某位移情人物相关的冲突

疗程和治疗结束

短程心理治疗的文献报道已达成总体上的共识：短程心理治疗一般应限制在10～20次访谈，且通常是每周1次。但是，某些病例可能需要40次访谈。如果超过了这个访谈次数，那么治疗师应该考虑做40～50次以上的长程治疗。疗程与对焦点的保持密切相关。当治疗超过20次的时候，治疗师可能会发现他已经进入宽泛的性格分析并丧失了焦点（表13-3）。

表 13-3. 短程心理动力学心理治疗的疗程、技术和特点

疗程
10～20次访谈（可以多达40次）；每周1次
技术
聚焦的防御分析、移情解释和重建
善意的忽略
结束治疗非常重要
在治疗开始时通常会确定结束日期或者访谈次数

短程心理治疗的结束是非常重要的。因为治疗很简短，所以患者（和治疗师）总会想着治疗结束的问题。在治疗中，患者体验到治疗带来的真实丧失，并且也重新体验到移情人物带来的丧失。由此被体验到的移情对患者当前的生活既真实又重要，因此，应该直接、准确地处理这些丧失感。没有经验的治疗师可能只留心患者丧失了作为真实人物的治疗师，而错失了机会去识别重要的移情成分，从这种移情中患者可以了解并深入体验儿童期人物的重要性。治疗师必须牢记，这个儿童期人物的丧失可能是令人悲伤的，但也可以是令人兴奋的——将丧失感受为一种自由，能够自由地成长并体验到长久以来被忽略与抑制掉的选择和愿望。

是否在治疗开始时应确定治疗的结束日期，不同的治疗师

有不同的做法。有些治疗师会确定结束日期，同时告知患者他们对所有错过的治疗有何规定；也有些治疗师只是确定总的访谈次数。一些更资深的临床医生不定下具体的结束时间，仅仅向患者说明他们会与患者有一段简短、时程有限的访谈。设置了结束日期可能会让一些害怕依赖的患者（例如，强迫患者）接受治疗，并能限制病情更重的患者退行。

总体来讲，确定结束日期可使初学者不必倾听冲突区的解决情况，也不必倾听患者为了尽快恢复健康而想早点完成治疗的愿望。因为倾听这些内容是项有难度的任务，所以跟随一位督导师并且确定治疗的结束（日期或访谈次数），通常会对学习短程心理治疗有所帮助。以这种方式，治疗师和患者都能清楚知道治疗的开始阶段、中间阶段和后期阶段。在这些阶段发生的临床现象也能被清晰地识别。此外，尽管确定结束日期会给治疗师增添压力——典型情况是患者会认为“到那时，一切都会发生”——但也能缓解负担过重的临床医生对无止境治疗的焦虑。

技术

心理动力学心理治疗所有的常见技术都可应用于短程治疗：防御分析、移情解释和重建（表 13-3）。也可以聚焦的方式将梦用于有悟性的患者。移情解释通常需要患者有领悟力并通过教育让患者对移情现象有所了解，此外，还应该在患者能理解的深度上进行解释。有经验的治疗师在对自己或同事解析移情时会使用与跟患者交谈时不同的语言，他会不断区分这两种不同环境下所采用的语言。通常，做 1 次或 2 次移情解释可能要花上 10 次或 20 次以上的访谈。如果移情解释太多，这些解释就可能会变得平淡无奇，或许不会有什么效力了（Hoglend，1993）。患者不再能听到或感受到在当前重现的过去关系所带来的情感上的冲击。运用“善意的忽略”对于治疗的成功非常重

要。在短程治疗过程中会浮现出许多心理动力学的兴趣点。然而，焦点必须是治疗师关注的核心。在治疗中会看到很多吸引人的路径，但是治疗师必须不加评论地掠过它们。

谨记，治疗所处的阶段可帮助识别患者特定的情绪，这些情绪在相应时刻表现得非常急迫。在治疗初期，患者通常会对治疗师将要带来的改变有大量不现实的期望。在这个阶段，治疗师不必做很多评论。通常，在治疗的中期，患者的联想会扩展到焦点冲突以外更广泛的领域。此时，如何处理这些情况以保持对焦点的关注已成为短程治疗是否还是短程治疗的关键。阻抗也会出现在中期阶段，这是解释患者重要防御方式的一次机会，其中蕴含着现在和过去的元素。在中期阶段快要结束或者结束阶段开始时，移情主题或许会凸显出来，可以用直接、支持和共情的方式来解释移情，从而使形成于过去并在当前重现的核心冲突更为具体。

结束阶段通常需要处理患者如下丧失体验：移情人物的丧失、解决过去创伤的儿童期愿望的丧失以及真实的治疗师的丧失。初学者或许会感到他在抛弃患者，这种情况并不少见。“这样够吗？患者需要多一些的帮助吗？我应该继续给予治疗吗？”此时，应该考虑患者的实际情况和治疗师的反移情各占多少成分。通常情况是，如果选择该患者做短程治疗是恰当的，那么治疗师的感觉说明他正在对移情做出反应，而不是对需要继续治疗的危机事件做出反应。最后几次的访谈往往提供了移情解释的机会，这种移情解释会涉及患者在想把治疗师和治疗抓住不放的愿望中所表现出来的特定模式。

如果患者要求额外的访谈，治疗师应留意和倾听这一请求，但不一定要答应。必须考虑这是移情的一部分还是需要处理的、新的焦点区。当然，治疗师不应该只想着按期结束治疗这个理想目标而不管不顾有严重问题的患者。下面是一些有用的指导原则：通常，对于患者想把治疗师抓住不放的愿望，治疗师仅

仅给予全面的倾听和理解就可让患者轻松起来，并向着结束治疗的方向迈进。而且，患者知道治疗师的电话号码，如有进一步的问题出现，随时可以找到治疗师。即使再开展新的治疗，在那之前患者有一段时间能尝试新的技能和知识也是有好处的。治疗中断期间患者会知道随时可以再找到自己的治疗师，这样一种中断能使患者不放弃对健康的渴望。

参考文献

Alexander F: Current views of psychotherapy. Psychiatry 16:113–122, 1953

Davanloo H (ed): Basic Principles and Techniques in Short-Term Dynamic Psychotherapy. New York, SP Medical & Scientific Books, 1978

Hoglend P: Transference interpretations and long-term change after dynamic psychotherapy of brief to moderate length. Am J Psychother 47:494–507, 1993

Hoglend P, Heyerdahl O: The circumscribed focus in intensive brief dynamic psychotherapy. Psychother Psychosom 61:163–170, 1994

Luborsky L, Crits-Christoph P: Understanding Transference: The Core Conflictual Relationship Theme Method. New York, Basic Books, 1990

Malan DH: The Frontier of Brief Psychotherapy. New York, Plenum, 1976

Mann J: Time-Limited Psychotherapy. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1973

Sifneos PE: Short-Term Psychotherapy and Emotional Crisis. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1972

Stierlin H: Short-term versus long-term psychotherapy in the light of a general theory of human relationships. Br J Med Psychol 41:357–367, 1968

Ursano RJ, Hales RE: A review of brief individual therapies. Am J Psychiatry 143:1507–1517, 1986

Ursano RJ, Ursano AM: Brief individual dynamic psychotherapy, in Oxford Textbook of Psychiatry, Vol 2. Edited by Gelder M, Lopez J, Andreasen N. Oxford, UK, Oxford University Press, 2000, pp 1421–1432

补充阅读

Balint M, Ornstein PH, Balint E: Focal Psychotherapy: An Example of Applied Psychoanalysis. London, Tavistock, 1972

Bauer GP, Kobos JC: Brief Therapy. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1987

Crits-Christoph P, Barber JP (eds): Handbook of Short-Term Dynamic Psy-

chotherapy. New York, Basic Books, 1991
Della Selva PC: Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy: Theory and Technique. New York, Wiley, 1996
Horowitz M, Marmar C, Krupnick J, et al: Personality Styles and Brief Psychotherapy. New York, Basic Books, 1984
Levenson H: Concise Guide to Time-Limited Psychodynamic Psychotherapy. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1997
Malan DH: A Study of Brief Psychotherapy. London, Tavistock, 1963

14 边缘型人格障碍和其他严重病态人格的心理治疗

无论是初学者还是有经验的临床医生，在面对边缘型、分裂样或自恋型人格障碍的患者时，都会感觉到对他们的治疗很有难度、富有挑战性。也许，没有其他的人群会像这些患者那样将治疗师如此强烈地拉入到他们的情感世界中。由于患者的基础焦虑强烈而又原始、临床相波动频繁、对治疗师的移情迅速而且强烈，所以对这些患者做心理治疗是一种情绪上的挑战。

边缘型患者

诊断

*边缘型人格障碍*患者临床相丰富，可能有若干症状学特征(Kernberg，1975)。例如，如果患者的症状丰富、种类繁多，包括强烈的自由浮动焦虑、多种恐怖、强迫性仪式、转换症状或者疑病症状，那么就应该考虑边缘型的诊断。这些患者主要使用原始的防御机制，并且他们内化的客体关系具有特殊性质，会清晰地体现在他们的人际关系中。在心理动力学心理治疗的移情中，会激活同样的防御和客体关系模式(表 14-1)。边缘型患者会运用分裂的防御机制，在对他们进行心理治疗时这是非常重要的方面，在过去几十年里对此有诸多讨论。分裂指主动将正

性的自体和客体表象与负性的自体和客体表象分离开来。这种重要的防御机制可以部分地解释为何此类患者的精神结构缺乏整合。

表 14-1. 边缘型人格障碍患者的防御机制

防御机制	患者的行为
分裂	将正性的和负性的自体和客体表象分离开
否认	有意地忽略重要的现实
贬低	轻视地压低和摒弃
原始理想化	夸大另一个人的力量和声望
全能感	夸大自己的力量
投射	将自己冲突性的冲动归结到另一个人身上
投射认同	先投射到某人身上,然后再试图控制这个人

边缘型患者缺乏稳定、现实的自体表象,缺乏健康的自尊,也缺乏对养育性母亲形象的基本信任感。因此,成年后,这些患者对所有的关系都缺乏信任,特别是对亲密的关系。由于边缘型患者运用分裂机制,他们的临床表现可以非常迅速地发生鲜明的变化。例如,在某一时刻,可能治疗师会被患者理想化,但不久之后又可能被贬低,反之亦然。同样,患者的人际关系也会以混乱的方式表现出质的变化。例如,患者可能会说他以前的朋友和死党迅即成了他的敌人,患者对他们极具贬低。处理边缘型患者的分裂是对他们进行心理治疗的主要内容。边缘型患者运用的其他重要的防御机制包括:否认、贬低、原始理想化、全能感、投射和投射认同。贬低和原始理想化的常见形式是降低或者夸大治疗师的能力和声望。全能感见于患者对自己的思想和感受能力的夸大。在治疗设置中,患者会运用投射将自己的冲动、情感和其他精神内容归结到治疗师身上。投射认同是一种不完全的投射。例如,患者可以把他的敌意投射到治疗师身

上，并且充满恐惧地、预期着被治疗师攻击。同时，患者感觉到他在某种程度上与治疗室里的敌意有联系并且对此负有责任。换句话说，患者仍然与敌意认同，并感觉需要对治疗师可能表达的攻击加以控制。

冲突

边缘型患者的主要内部冲突在本质上是原始的或*前俄狄浦斯期的*（聚焦于早期母子关系以及依恋、需要、自尊和养育）。因此，边缘型患者明显不同于神经症患者。神经症患者的冲突主要源自后期的发展问题，包括巩固性别认同、解决俄狄浦斯期渴望与竞争、建立成熟的自我理想和具有明确价值的良知（或超我）。相比之下，边缘型患者从来没有学会在世界上感受安全。精神分析的发展理论学者认为，边缘型患者的早年成长史中存在紊乱的母-婴关系。分离-个体化的和解阶段是特别脆弱的时期。正是在这个时期，蹒跚学步的孩子感觉到足够的安全以开始独立探索世界，他感到安全是因为他知道母亲并没有离开，他可以随时回到母亲身边以便再次得到情感上的供给。因为天生攻击性强和（或）在母婴二人关系中过分强烈的矛盾性和敌意，（未来发展为边缘型障碍的）这些孩子从来没有感受到彻底的安全。他们从来不确定他们的母亲（以及后来他们生活中的其他人物）会对他们有正性的情感并会满足他们的需要。

获得这种*基本信任*或*客体恒定感*是人格发展早期阶段的基本任务。如果这些发展的里程碑没有完成，孩子（和以后的成人）对*毁灭焦虑*将过分易感。这种淹没性的焦虑会把对普通生活危机的体验转换为威胁生命处境的体验。正是这种焦虑使得边缘型患者运用像分裂、否认、投射等原始的防御机制以试图对它加以约束和控制。也正是这种焦虑会在对边缘型成年患者进行的强化心理治疗中逐渐被激活，并被期待通过治疗获得缓解。毁灭焦虑的强度使这些患者的防御非常顽固，并使治疗以及移

情-反移情问题极其强烈且具有挑战性。

边缘型患者在信任他人、感受安全等方面存在明显困难，他们也很难感觉自己作为坚定而有价值的人能够在世界上取得成功。但是，临床医生不应该忽视的事实是，这些患者也具有与神经症患者类似的俄狄浦斯期冲突。更早期的发展问题被带入到其后的发展任务中，比如巩固性别认同和解决在性方面的竞争（俄狄浦斯期冲突）(Kernberg，1975)。这就好像在校园生活中，没有人会完全不及格，也没有人会失去升年级的机会。我们被推着向前走，不管愿意与否都要去面对所有的难题，不管我们是否准备好了，都要带着我们在早期阶段尚未解决的冲突向前发展。这些没有解决的问题与后续阶段的焦虑融合在一起，导致后续阶段的焦虑具有了特殊的形式。

这样，未来会发展为边缘型患者的孩子，不敢肯定母亲会对他有积极的投入，并且从根本上对世界感到不信任，他将过早地接近父亲，并体验强烈的、成熟前的俄狄浦斯期冲突。于是，孩子试图解决性别和生殖器的（或性的）冲突，同时尝试再次确保与母亲的亲近，因为他感觉从母亲那儿得到的亲近并不充分。因此，对边缘型患者的治疗过程中，当在移情中激活了性的冲突时，临床医生必然会看到重要焦虑的层次。

与神经症患者相比，边缘型患者常常更容易且更公开地讨论色情的冲突、依恋和嫉妒。如此开放是因为对“更高发展水平”的性的关注可以部分地掩盖更深层次且更麻烦的不信任和缺乏客体恒定的问题。

近来，理论学者认为边缘型人格障碍是一种临床表现，见于自体特别脆弱和碎裂的患者。根据这一视角，当丧失了与他人的稳定关系时，边缘型患者就会出现症状。边缘型人格障碍患者所依赖的这些关系被称作*自体客体*联结。这些稳定联结遭到破坏时会导致边缘型患者常有的愤怒和混乱行为。根据这一观点，边缘型人格障碍代表了一种特别严重的自体障碍形式。尤

其是那些聚焦于主体间的心理动力学理论学者曾对"边缘型"诊断标签的实用性和通常的理解提出过质疑。他们认为，治疗师难以从发展角度理解所公认的、患者的原始状态以及一些脆弱的患者需要与治疗师建立起更为原始的联结的意义所在，由此才有了激烈的治疗过程和后续的诊断。根据主体间学者的观点，采用投射认同患者心理中分裂出的、没有整合的部分这类概念，并不能有效地解释移情中的愤怒。相反，通常是因为独特的治疗师-患者主体间场内发生了特定的断裂而导致患者出现愤怒的"边缘型"移情，后者会引发出防御性反移情。这种断裂的发生是由于治疗师缺乏理解、接纳以及没有恰当处理原始自体客体移情期望，从而导致被治疗关系小心支撑着的、患者脆弱的自体感遭受到冲击(Stolorow 等，1987)。

从依恋理论学者(他们的婴儿观察研究延续了 John Bowlby 对形成于婴儿期的依恋模式的研究工作)的视角，边缘型患者的病态表现部分地源自早年未解决的儿童期创伤。这些体验导致了异常的依恋模式，后者抑制了对自己和他人的心理世界进行反思的能力的正常发展。因此，边缘型患者便形成了有关感受和观念的不精确且扭曲的图式印象(Fonagy，2000)。

传统意义上，边缘型人格障碍被视作特别难以治疗的病例；而现今资料则支持心理动力学心理治疗也许是此类患者的治疗选择。对这些患者的治疗经验显示，在治疗中他们常会逐渐改善，更具有内聚性，自恋人格功能的不稳定也会降低。

开始心理治疗

在开始对边缘型患者做心理治疗时，治疗师需要谨记几个重要问题以便诊断和控制危险的见诸行动。见诸行动可能是患者所呈现的一部分问题或者是由于强烈移情的迅速发展而在治疗早期爆发。为了判断愤怒和自我破坏行为的潜在可能性，患者的过去史可提供有价值的参考信息，尤其是过去那些促发患

者住院、自杀企图和其他退行表现的事件。

临床医生必须做好准备去处理患者的退行和自我破坏行为（表 14-2）。治疗师可以请内科医生来协助处理用药问题，并请社会工作者来监测和帮助安排结构化的日常生活。能够获得紧急精神科住院服务、精神科急诊服务和连续的电话服务也会有所帮助，尤其在周末和假日期间。此外，与心理上更成熟的患者相比，对于边缘型患者，治疗师需要以一种更为谨慎的方式，理性处理他们的生活事件和交流。由于缺乏信任和否认痛苦情感，边缘型患者通常采用迂回且缺乏情感的方式来预示自杀或其他危险行为的发生。

表 14-2.　对边缘型人格障碍和其他严重病态人格的治疗原则

通过如下方法处理破坏性见诸行动：
住院
急诊
药物治疗
环境结构化
可约诊内科医生
从理性和情感两方面来理解患者的交流
迅速、巧妙地解释负性移情和现实扭曲
解释原始防御（参见表 14-1）
容纳和理解反移情反应

治疗师在情感和理性上的姿态应该是平静地给患者提供情感上的支持，这些都是建立在关心、兴趣和中立基础之上的。应避免提建议和操纵患者。通常，在获得患者的历史资料后，治疗师会倾向于做出过早的解释。事实上，治疗师在将患者当前问题与早年生活的发展问题联系起来做出解释时，应当循序渐进、谨慎进行。在治疗中的此时此地探索负性移情十分重要。而正

性移情是用来促进治疗的，不必解释。此外，需要澄清患者的感知，阻断见诸行动，且谨慎解释原始的防御。

患者的防御机制

对边缘型患者的心理治疗中，处理患者的原始防御占有很大份额。在治疗中会明显地看到分裂现象，这是因为患者会连续地交替于正性和负性自体与客体表象之间，而不会在某个时刻体验到混合情感或矛盾情感。因此，牢记一点很重要，即患者对某个人或某一问题的态度和情感可能会与前一天或上周的非常不同，这种转变可能是由于分裂的结果，而非真的改变，如下例所示：

一位美丽的已婚女性，25 岁，因遭受一些症状的困扰前来就诊，这些症状与她无法解脱对母亲的强烈依赖有关。她的母亲侨居国外，濒临死亡。患者有胃肠道症状和焦虑情绪已久，现在，她感到指导论文的女导师给自己施加了很多压力，因而这些症状又有加重。她把这位导师描述成僵化、挑剔、好斗的"女巫婆"，而且通过说她比自己年长，患者暗示这位导师也对她的美貌和天赋心存妒忌。患者对婆婆和几位熟知的女性也有类似的负性看法。在治疗中，她很快把治疗师理想化了，觉得治疗师温暖、有智慧，是可以给自己以指导的人。然而，就在她发现治疗师对她因回国探亲而缺席的访谈收取费用时，那个理想化的美好形象立刻粉碎了。在幻灭之时，患者说治疗师冷酷、剥削、不诚实并且缺乏情感。在这些攻击所带来的压力之下，治疗师感到患者挑剔、苛求、盛气凌人，让人无法忍受，正像她所憎恨的论文导师和她的婆婆那样。母亲死后，患者更为强烈地波动于对治疗师和生活中重要他人的正性体验和负性体验之间。患者时而会深深地感激治疗师额外提供的访谈，时而又会怀疑治疗师企图骗她的钱。几周来，她有时会对失去妻子的父亲表现出波动的情感，既爱他，想要保护他，但当他开始与另一位女性约会时，又会对他充满愤恨，盼他死去。

几个月后，患者有时仍会对治疗师和父亲满怀愤恨，治疗师提醒患者注意到她更多的体验是正性的情感，并指出患者很难忍受矛盾情感，由此对患者的分裂机制做出了解释。最终，患者可以带着矛盾的情感去看待治疗师和父亲，把他们看成人——既不全好，也不全坏。只有在那个时候，患者才能够体验和表达她对母亲离世的强烈哀痛。对她恨与爱的分裂修复了几年之后，患者的敌意也才得以与她一直在否认的、与母亲的竞争以及对母亲的愤怒建立起联系，而在她的心中，通常感觉母亲是呵护有加，神圣无比的。

治疗边缘型患者不同于治疗那些整合水平更高的患者，治疗师需要做大量工作来集合、组织和回忆起患者不同的形象和情感状态以便整合它们。只有那时，才有可能把整合后的情感返还给患者，而那些情感以前是作为同一冲突的不同方面被防御性地分隔开来了。除了澄清和解释使用分裂的防御机制之外，治疗师还要对边缘型患者的其他防御机制进行面质和解释（见表 14-1）。下面两个例子说明了这些情况。

例 1，随着治疗的进展，一位酒依赖的女性患者摆脱了混乱的婚姻，在这个婚姻中她处于受虐、顺从的地位，而丈夫则是一个不成熟、不负责任的人。婚姻破裂后，她发现自己所承受的经济压力越来越重，她要全天工作，还要独自一人照顾家庭和年幼的孩子。在多次治疗中，随着患者感觉自主性在不断增强，她谈到了自己的焦虑、无助和怨恨，并将这些做了联系。然而，治疗师却注意到患者已有好几个星期没提她的饮酒问题了，尽管有时她喝到了可能出现危险的程度。当治疗师引导患者关注这个问题、面质她的否认并引出这个严重而又被忽略掉的情况时，患者放声大哭，并承认她非常害怕终有一天酒精会夺去她的生命。通过否认她的饮酒问题，患者也否认了她强烈的恐惧。

例2,一位53岁妇女,接受强化治疗已有几年,她已经逐渐摆脱了隔离感和自杀观念。几周以来她表达了对治疗师的感情,也表达了感激,而在这之后,她突然病情复发。一天上午,治疗师晚到了11分钟。患者阴着脸、很痛苦的样子,她很愤怒却又一声不吭。治疗师温和、坚定地坚持让患者描述她的感受,于是引出了患者近乎偏执的描述,她认为治疗师很傲慢、冷漠、僵化、高人一等,而且对她繁忙的工作安排不屑一顾。随后,治疗师问患者是否这些年来她对治疗师一直有这样的感觉。

患者有些困惑,尽管她否认了治疗师的问题,但承认那的确很像她有时对母亲的感觉。非常重要的是,这与她对雇员常有的感觉很相符。患者也承认,最近治疗中她对治疗师的正性感受唤起了她的焦虑,并令她感到迷茫。

在最后这个例子里,可以看到治疗边缘型患者时会遇到的几个重要问题:

- 患者明显在运用投射认同。她将自己傲慢、苛刻、惩罚性的一面投射到治疗师身上,但是患者仍担心会与自己的这一部分发生联系,惧怕那些她预期会指向自己的敌意。
- 这个例子显示出尽快面质和探索负性移情的重要性,因为这种负性移情会逐步升级,破坏治疗联盟,并威胁治疗的连续性。
- 在这个例子中,移情中的退行非常典型,这种退行发生在患者对治疗师有了新的亲密感,并对治疗师有了感激之情之后,特别是在先前傲慢且充满敌意的患者中会有这样的表现。正如患者解释的那样,她为自己的情感隔离和缺乏信任而感到痛苦,但这些又都是她所熟悉的,她害怕在信任和爱的关系中迷失自己。
- 这个例子也说明了澄清患者感知的重要性,尤其在这些感知与现实相去甚远时(volkan,1987)。在这种情况下,如果对移

情反应不去挑战，任其发展，那么就可能导致*移情精神病*——对治疗师的一种具有妄想性质的信念，同时伴有现实检验的丧失。与精神病性患者相反，在边缘型患者中，移情精神病通常仅限于治疗访谈中，而在治疗时间以外一般不会伴发这些问题。然而，这又是一种不良征兆，需要及时、谨慎地对待。

边缘型患者常常不理解治疗师的话。边缘型患者的家庭会运用言语来进行操纵或表达与字面含义相反的意思。由此提示，治疗师要重视讲话技巧，尤其在患者出现强烈移情*反应的时刻*。如前面的案例中，对于这些患者，既不要下保证来抚慰他的恐惧，也不要对他的恐惧好像视而不见，这两点都很重要。通常，在负性移情强烈的时候，行动往往比言语更有效。例如，对待满怀敌意、责难、令人生畏的患者，多给他安排一次访谈比告诉他治疗师的良苦用心来得更有成效。治疗师以平静、非防御性的口吻重复患者对他的责难，便更有可能引导患者在现实层面去检验他认为治疗师怀有的“邪恶”用心，在这个过程中，治疗师会引导患者去探索，同时表现出接纳和重视与患者的情感交流。

由于边缘型患者冲突强烈、自我脆弱，他们更倾向于采取行动，会很快变得消极、抵制，根本听不进治疗师的话。有位患者被治疗师的解释搞得很震惊，尽管她后来承认这个解释非常准确。然而，她的最初反应却充满了敌意，她质问治疗师，“那是什么意思?”。还有类似的情况，患者一听到解释立即就说：“你说的话我只听进去一半，我感觉好像整个上午你都在烦我。”治疗师需要轻柔、机智地推进，并且牢记：与此类患者工作，是无法避免负性情绪的。

反移情

对边缘型患者的治疗中如何运用移情-反移情是治疗师需要学习的难度最大、情感消耗最多，同时也是最有可能获得回报的技巧之一。理解移情与反移情的交互作用对于年轻的临床医

生而言尤为困难，他们最常听到的是患者对他们临床技能的贬低，而这种贬低又似乎是对他们缺乏经验的准确反馈。

保持如下视角和态度会对治疗师有所帮助（表 14-3）：

表 14-3. 有助于治疗边缘型人格障碍患者的态度

记住，患者对治疗师的体验绝大部分来自于患者过去的经历
要保持自己是关心患者的医生这种自我感
不要认为患者的负性情感是针对你个人的
所采取的态度是：把每次访谈都用来促进治疗的进展和对患者的理解
诚实地识别自己对患者的盛怒和憎恨

- “患者归结到我身上的东西只有很小一部分可能是真的；不过，患者体验我的方式是与他内在冲突有关的。”例如，在尝试去整合患者所感受到的来自父母一方的严厉时，他可能会很成功地在某个时候在治疗师那里引发出反移情性的严厉，因为人类关系都有共通之处。
- “当患者指责我不友好或冷漠的时候，我不会丢掉对自己的信念——尽管有时我会出现强烈的反移情，感受到被激惹的体验，但我从根本上是负责任的医生，关心我的患者，关切他们的幸福。”
- “对患者的负性情绪我会采取一种接纳的态度，带着兴趣和关心去接纳，并着眼于解释这些感受，而不会认为它们是针对我个人的。”再者，有时候，以平静的、非防御性的口吻并且带着探索的目的来重复患者的指责，将有助于化解敌意。
- “我所采取的态度是：把每次访谈都用来促进治疗的进展和对患者的理解。许多边缘型患者的进步都是漫长而缓慢的，我会对此持有耐心。”然而，有时患者强烈的防御会使治疗看上去很平静，如果此时治疗师也不去面质的话，那么尽管治疗还在不断继续，访谈次数还在不断增加，但是，治疗的意义已被破坏，最终陷入治疗僵局（Kernberg，1977）。
- “我会努力诚实地识别我可能对患者怀有的盛怒和憎恨，并努

力去理解导致我出现此类反应的移情。"治疗师心中的自我形象是关心患者的医生,而对患者的盛怒和憎恨可能会让治疗师感到他的自我形象受到了侵犯,于是会隐藏这些情感,由此可能招致治疗中断或使患者出现自杀企图(Buie 和 Maltsberger,1974)。

最后,对于边缘型患者,目标是让他在治疗中对治疗师感到更安全、更信任并且能够更开放自己的内心。然后,在治疗中提升的安全感和信任感会在患者的生活中扩展,并渗透到其他的关系中。边缘型患者必然是非常依赖的,尽管他们强有力的防御常常会掩盖这一特性。如"患者的防御机制"中最后一个案例所示,在治疗中感受信任和依赖是一个必要的发展过程,其中也充斥着强烈的恐惧。应该缓慢进行,逐渐展开。随着接纳和减轻患者早年遗留下来的依赖性,边缘型患者会感受到他的自立和自尊逐渐增强。

自恋型和分裂样患者

自恋型和分裂样患者潜在焦虑的性质及其所运用的防御机制与边缘型患者有许多相似之处。然而,与边缘型患者相比,自恋型患者倾向于有更稳定的个人经历,特别是工作经历。不过,像边缘型患者一样,自恋型患者的个人经历也缺少信任的亲密关系。对自恋型患者的治疗中所聚焦的问题比边缘型患者要少。自恋型患者"毁灭焦虑"的倾向较轻,而更多地涉及脆弱的自尊。自恋型患者在关系中会建立典型的移情方式。一类患者表现为吹嘘夸大,让治疗师不断地钦慕他,他们似乎从来不会认识到治疗师有其独立的人格;另一类患者会将治疗师高度理想化,他们感到治疗师非常优秀,渴望认同治疗师。

这两种移情形式被称为"镜映"移情和"理想化"移情,是自恋型人格障碍的特征(Kohut,1971)。此类患者倾向于把治疗师当成自己的延伸,就像很小的孩子只顾得到母亲的关注,而不

会关心母亲自身的需要。患者有自尊的缺乏，渴望得到父母式人物的钦慕、表扬、指导、示范以及准确映射出他的人格，一般来讲，治疗师应对此做出解释。随着治疗的进展和自尊的提升，这类患者会感到更有能力进行自我调节、体验更深层次的情感和建立更亲密的关系。反移情的困难往往体现在如下方面：在被当作患者的延伸时治疗师会感到不舒服；在患者要求钦慕和仁慈的呵护时，治疗师很难不去那样做，也很难去做解释。

通过对自恋患者的治疗，自体的内聚和自尊对于促进人类心理发展的重要性变得更为清晰。从这种观点来看，缺少或者失去正常自体客体纽带，以及在自体内聚方面易于受到损害比起内驱力和俄狄浦斯期冲突就更加重要了。

分裂样患者像是安静的边缘型患者。通常，他们的个人经历不像边缘型患者那样混乱，但他们却如同边缘型患者那样缺乏基本信任。与边缘型患者相比，他们情绪波动较少，也少有见诸行动。分裂样患者看起来很平静，治疗师有时会被这种表面现象所蒙蔽，低估了他们绝望的程度。分裂样患者很难直接交流他们的绝望感，因为他们缺乏信任。对于此类患者，治疗师特别要在理智和情感上知晓患者生命中可能触发自杀情绪的事件，例如失业、甚至是失去一个“普通的”朋友或熟人。对分裂样患者的治疗目标是改善情感接触的能力和信任的能力并提升自尊。

■ 小结

对边缘型、自恋型、分裂样患者进行心理治疗是一项艰巨但又具有潜在回报的工作。尤其是面对这一组脆弱的患者时，治疗者不但要从理智上去理解、还要从情感上去理解患者的交流。这种理解的重要之处在于，它使得治疗师能够探寻患者在日常生活中的安全感，并最终整合患者分裂的正性和负性自体和客体表象。指出患者的分裂、否认、负性移情、现实扭曲和原始防

御也很重要。机智、共情、恰当掌握时机非常关键；然而，完全避免负性移情是不太可能的。反移情往往很强烈，难以忍受。但是，容忍和审视这些反应却是有力的治疗工具。最后，对于这些患者而言，具有治疗作用的是治疗师能够理解、容纳、整合和反映患者强烈、痛苦的情感。

参考文献

Buie D, Maltsberger JT: Countertransference hate in the treatment of suicidal patients. Arch Gen Psychiatry 30:625–633, 1974

Fonagy P: Attachment and borderline personality disorder. J Am Psychoanal Assoc 48:1129–1146, 2000

Kernberg OF: Borderline Conditions and Pathological Narcissism. New York, Jason Aronson, 1975

Kernberg OF: Structural change and its impediments, in Borderline Personality Disorders: The Concept, the Syndrome, the Patient. Edited by Hartocollis P. New York, International Universities Press, 1977, pp 275–306

Kohut H: The Analysis of the Self: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders. New York, International Universities Press, 1971

Stolorow RD, Brandchaft B, Atwood GE: Treatment of borderline states, in Psychoanalytic Treatment: An Intersubjective Approach. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1987, pp 57–77

Volkan VD: Six Steps in the Treatment of Borderline Personality Organization. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1987

补充阅读

Adler G: The borderline-narcissistic personality disorder continuum. Am J Psychiatry 138:40–50, 1981

Chatham P: Treatment of the Borderline Personality. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1985

Kohut H: The Restoration of the Self. New York, International Universities Press, 1977

Kohut H: How Does Analysis Cure? Chicago, IL, University of Chicago Press, 1984

Lichtenberg J: Psychoanalysis and Motivation. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1989

15 支持性心理治疗

支持性心理治疗是临床实践中最常使用的心理治疗形式。但是，关于这种疗法的著作并不多见，而且也缺乏系统的相关研究。对支持性心理治疗的效果及其相关技术的许多基本理解源自心理功能的精神分析视角。(Buckley，1986；De Jonghe 等，1994；Rockland，1993)。支持性心理治疗对治疗师的技能要求非常高。治疗师要理解发展史在患者疾病形成中的作用，并要透彻理解治疗联盟以及移情对医患关系的影响。在支持性心理治疗中，治疗关系结构化不强，因此更易于出现迅速的、意料之外的改变，基于此，此种疗法很难达到通常需要的那种长疗程。

支持性心理治疗是根据它的目标和技术来界定的。不同于以改变为导向的精神分析心理治疗，在考虑到疾病带来的限制以及患者的能力、生物学素质和生活环境受限的情况下，支持性心理治疗旨在帮助患者重建以前最佳的功能水平(表 15-1)。支持性心理治疗和其他心理治疗的区别可与病毒感染和细菌感染的治疗区别相比拟。一般来讲，病毒感染的治疗是支持性的，在不会导致额外风险的环境中，给予必要的协助来增强患者抵抗力并促进自然痊愈。相比之下，细菌感染则是使用抗生素进行对因治疗(Ursano 和 Silberman，2003)。事实上，所有的治疗，尤其是心理治疗和精神分析都包含支持性元素(De Jonghe 等，1994)。因此，这种区分更是一种程度上的区分，而不像曾经认为的那样是绝对的区分。

表 15-1. 支持性心理治疗:目标、患者的选择和疗程

目标

维持或重建最佳功能水平

患者的选择

患者是非常健康的,但或是面临严重应激,或是有严重或慢性的自我缺陷问题

患者能够识别安全和发展信任

疗程

治疗可持续数天至数年

患者的选择

适合做支持性心理治疗的患者可分为两类:①非常健康的个体,平日适应良好,但因遭受重大生活事件出现了问题;②有严重精神疾病的个体或心理问题慢性持久且有显著自我功能缺陷的个体(见表 15-1)。非常健康的个体只是暂时被压垮,一旦心理功能的平衡和精神能量的储备得以恢复,他并不缺乏重要的心理功能来应对问题。暴露于真实创伤性事件的大多数患者(例如战争、地震、人为的灾难和机动车事故)属于上面介绍的第一类,通过支持性心理治疗可恢复正常的功能。相比之下,第二类而且也是更为典型的患者往往长期身陷困境,缺乏某些必要的能力来使他能从以改变为导向的治疗中获益。

典型的患者会有现实检验能力差、冲动控制能力差、人际关系狭窄、情感抑制或过分强烈的情感以及冲突外化等问题。这些患者接受支持性心理治疗时,不会仅仅靠理解就能获得显著改善——或是因为他们不会从心理学角度思考问题,或是因为他们不会运用和扩展在治疗中所学到的东西。他们通常使用原始的防御机制,例如分裂、投射认同和否认。这些防御让他们总

是感到周围的世界很危险，不够安全。由此，治疗联盟可能会难以维系；治疗师或许需要更积极主动的干预以显示出对患者的关心并且证明治疗关系是安全的。通常，患者的冲突和行为是长期的，且从环境中引发出相互的、自我满足的行动。受虐的患者会找到施虐性的攻击，愤怒的寻求帮助的患者会找到拒绝，边缘或癔症患者则会找到剥削（Werman，1984）。由于这种人际互动的复杂性，识别和处理移情与反移情对有效的支持性心理治疗是很关键的。

尽管存在这些问题，患者仍必须具备在人际关系中发展信任的能力。虽然在他们的思想和幻想中不会一直有安全感，但是，随着关系的发展，他必须在得到解释和验证时有能力对安全和现实加以识别。稳定的（即使是有限的）工作和人际关系是预后良好的指征。如果患者对父母或哥哥姐姐有正性的体验，感到他们很亲切，或者至少感到他们尽最大努力地待他好，那么患者常常会在支持性心理治疗中取得较好疗效。

对于严重自我缺陷的患者，有时候临床医生要记得除了支持性心理治疗之外，还有其他的替代方法，这一点很有用。当不适合做支持性心理治疗时，心理咨询、康复服务和环境调控可以是有效的干预方法。另外，药物治疗当然是非常有效的。但是，如果没有心理治疗，慢性疾病的患者，其药物依从性以及人际关系与社会功能方面的问题通常难以得到改善。而心理治疗可针对这些问题做工作。

技术

与其他精神分析取向的心理治疗一样，在支持性心理治疗中，深入理解患者的发展史和防御机制也同样重要。只有了解了这些知识，治疗师才能准确评估治疗联盟的动态发展，才能知道如何以及从哪里加强患者的防御，并且能够明白在何时、以何

种方式探讨移情。所有这些都是提供支持的核心要点，而所谓支持是一个难以理解的概念，也是一门难以掌握的技术。

与患者发展和维系良好的工作关系是支持性心理治疗需要优先考虑的事情。治疗师有规律的、可预测的在那里是治疗关系的基础，也是患者在生活中新的体验的基础(表 15-2)。与其他形式的心理动力学心理治疗不同，支持性心理治疗并未把它的治疗工作和关系建立在患者观察和讲出不同治疗时刻的感受上，或是建立在讨论对治疗师的感受上，因此，支持性心理治疗中患者与治疗师的关系也就与其他形式的心理动力学心理治疗有所不同。对患者来讲，治疗师更是一位指引者、一位导师。

表 15-2. 支持性心理治疗的技术

了解患者的防御和发展性冲突
建立和维系治疗联盟
提供一个抱持性环境
组织患者的认知("借出治疗师的自我")
持续关注移情状态
以调整后的形式表达患者的情感
探索可替代行为
谨慎地、支持性地运用解释
使用药物并考察依从性

治疗师只有识别出患者在任何时刻的复杂感受，才能形成支持性心理治疗所需要的工作关系、信任和安全体验。当患者正在运用投射的防御，并且把周围描述得危机四伏时，经验丰富的治疗师会明白，在患者心中正在浮现出攻击性，并且，治疗师会探寻什么可能是患者未实现的愿望，或者什么激活了患者那些与他所仇恨的父母一方认同的破坏性愿望。因此，在对患者

心理动力学理解的基础上，治疗师可以尝试询问，“你对寻找下一份工作有什么打算？”或者将表达患者愤怒的形式做一下调整：“你感受到了老板的愤怒，你也一定想要表达自己的愤怒”。治疗师能够提供支持的基础是他能理解患者当前的冲突、理解患者的防御状态并理解移情。基于这些理解，治疗师就能够介入，以调整后的形式来表达患者的感受，肯定患者的成功，提供*抱持性环境*，在此环境中患者不急于采取行动，这将会减缓患者每况愈下的情形。

经常有人认为支持性治疗师会给出建议，其实这是对一个好的心理治疗中实际发生的情形普遍存在的误解。与其他心理治疗相比，支持性心理治疗中的患者感到犹豫和拒绝建议的情况并不少见。支持性心理治疗的治疗师也不比其他心理治疗师更有智慧！更准确地说，治疗师要做的是去组织和探索可替代的行为（Winston 等，1986）。

当临床医生告诉患者乘出租车来治疗室见他时，临床医生在替患者做决定，那时，他正在为患者的内部和外部生活提供瞬时的组织，这种方式与住院治疗有些相似。这经常被称作“将治疗师的自我借给患者”。但是，当患者需要做出复杂的决定（例如离婚、再婚或更换工作的决定）时，通过与患者一起探讨所有的选择以及每项选择的利与弊，治疗师往往会提供最大的帮助并且可以最好地维系治疗联盟。

事实上，这项技术与精神分析心理治疗的工作并没有很大不同。不过，在精神分析心理治疗中，这部分通常是由患者独自完成的，并且是在患者对招致盲点的神经症成分加以识别之后完成的。在支持性心理治疗中，治疗师帮助患者看到为什么他可能会忽略掉某个方面——“我想知道，你是否因为不想让妈妈失望而没有提到过不回你妈妈家的想法呢？我们知道那会让你感到有多么糟糕”，——然后，会找出所有的选择，并去探索它们——“是的，当你感到不回家会令妈妈失望时，你会感觉很糟

糕，但是你也会感到可以为自己的工作和你自己家庭的需要多做些事情。”

患者时而会表达独立的愿望，时而表达再度依赖的愿望，治疗师要有能力识别和尊重这两种交替出现的愿望，否则可能会导致治疗师受挫的反移情。治疗取得了成功，而患者却可能需要退回到依赖治疗师积极的关心和保护的状态。这种情形会反复出现，因此，特别需要治疗师从历史的背景中用理解的眼光去看待它，而不要把它体验为对个人的打击。在多次重复之后，治疗师可以采用某种方式与患者探讨这种交替性的行为表现，但又不让患者感觉到治疗师在拒绝他或治疗师因患者的反复而感到受挫。

尽管解释不是支持性心理治疗的主要方法，但并不是说在这种治疗中不可用(表 15-3)。不过，支持性心理治疗中的解释有它自己的特点，这些特点体现在给予解释的方式、频率、以及为了确保患者从解释中能感到支持和有用所需要的铺垫工作等方面(Pine，1986)。通常是在情感反应不强烈的时候给予解释，这时患者也预感到解释很快就会给出，而解释的目标是减轻患者的焦虑。此外，可明确地给予患者更多的余地来拒绝解释(“也许，你有……样的感觉”)。给予解释后，治疗师不要保持沉默，特别要在言语上、情感上做好准备以帮助患者加工新的信息。

表 15-3. 在支持性心理治疗中运用解释

谨慎地运用解释
使患者有所准备
在解释的同时给予保证
给患者拒绝解释的余地
帮助患者修通对解释的反应

药物治疗通常是支持性心理治疗的一个重要方面。探索患者对调整药物的感受和想法可提高患者的依从性。当患者感到

他所关心的事情受到了关注，他就更容易有安全感。应该探索导致停药的神经症性或精神病性冲突区（例如，“这种药是我妈妈过去常常服用的！”），并以支持的方式给予解释，向患者提供准确的信息。有时，换用一种药物可以改善患者的依从性，从动力学角度理解患者的问题会有助于药物选择。

参考文献

Buckley P: Supportive psychotherapy: a neglected treatment. Psychiatric Annals 16:515–521, 1986

De Jonghe F, Rijnierse P, Janssen R: Psychoanalytic supportive psychotherapy. J Am Psychoanal Assoc 42:421–446, 1994

Pine F: Supportive psychotherapy: a psychoanalytic perspective. Psychiatric Annals 16:526–534, 1986

Rockland LH: A review of supportive psychotherapy, 1986–1992. Hosp Community Psychiatry 44:1053–1060, 1993

Ursano RJ, Silberman EK: Psychoanalysis, psychoanalytic psychotherapy, and supportive psychotherapy, in The American Psychiatric Publishing Textbook of Clinical Psychiatry, 4th Edition. Edited by Hales RE, Yudofsky SC. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2003, pp 1177–1206

Werman DS: The Practice of Supportive Psychotherapy. New York, Brunner/Mazel, 1984

Winston A, Pinsker H, McCullough L: A review of supportive psychotherapy. Hosp Community Psychiatry 37:1105–1114, 1986

补充阅读

Applebaum AH, Levy KN: Supportive psychotherapy for borderline patients: a psychoanalytic research perspective. Am J Psychoanal 62:201–202, 2002

Dewald PA: Principles of supportive psychotherapy. Am J Psychiatry 48:505–518, 1994

Kahana RJ, Bibring GL: Personality types in medical management, in Psychiatry and Medical Practice in a General Hospital. Edited by Zinberg NF. New York, International Universities Press, 1964, pp 108–123

Kernberg OF: Supportive psychotherapy, in Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies. New Haven, CT, Yale University Press,

1984, pp 147–164

Kernberg OF: Psychoanalysis, psychoanalytic psychotherapy and supportive psychotherapy: contemporary controversies. Int J Psychoanal 80:1075–1091, 1999

Novalis PN, Rojcewicz SJ Jr, Peele R: Clinical Manual of Supportive Psychotherapy. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1993

Pinsker H: A Primer of Supportive Psychotherapy. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 2002

Wallace ER: Supportive psychotherapy, in Dynamic Psychiatry in Theory and Practice. Philadelphia, PA, Lea & Febiger, 1983, pp 344–371

附　录

心理动力学心理治疗简史

心理动力学心理治疗已有一百多年的历史(表 APP-1)。Jean-Martin Charcot 和他的学生 Pierre Janet 都属于先驱者,为心理动力学心理治疗的发展作出了重要贡献。Charcot 在巴黎诊治了很多癔症患者,他发现,与神经科的疾病明显不同的是,癔症的起病跟心理因素直接相关。Charcot 认为,易患癔症既有躯体方面的因素,也有素质方面的因素。Janet 也认为癔症是心理因素起病的,更重要的是他发展出一套心理动力学理论来解释癔症的起因。他讲述了一种心理治疗方法,可以恢复心理平衡,消除潜意识中固着的观念所带来的影响,达到治愈癔症患者的目的。

弗洛伊德时代开始于西格蒙德·弗洛伊德的同事 Josef Breuer 对 Bertha Pappenheim 的治疗。在 19 世纪 90 年代,弗洛伊德和 Breuer 合作出版了《癔症研究》,其中描述了对这一女性患者的治疗,给她取名为"Anna O"(Breuer 和弗洛伊德,1893—1895/1955;Wallerstein,1989)。治疗集中围绕通过催眠所发现的创伤记忆,这些创伤记忆似乎与 Pappenheim 的许多症状相关。这段时期,弗洛伊德一直在用催眠治疗患者。他最早期临床理论的基础就是对过去压抑情感(情绪)的宣泄,这些压抑的情感与过去的创伤事件相关,在催眠过程中被唤醒。

表 APP-1. 心理动力学心理治疗的历史

年代	贡献者	贡献
1889	Charcot	癔症的心理起因
1901	Janet	一种动力学心理治疗 “潜意识中固着的观念”
1895	Breuer	用催眠治疗 Bertha Pappenheim，宣泄创伤记忆以缓解症状
1900—1923	西格蒙德·弗洛伊德	导致症状的冲突、本能理论 自由联想技术 潜意识、压抑、移情和阻抗理论
1936—1965	安娜·弗洛伊德	阐述防御机制 引入针对儿童患者的游戏治疗
1929—1945	Klein	儿童心理治疗 治疗聚焦于妒忌和攻击性
1940	Fairbairn	聚焦于早年与照料者的关系 客体关系理论
1966 至今	Kernberg	客体关系理论家 聚焦于分裂及对严重人格障碍患者的治疗
1971—1981	Kohut	自体心理学 聚焦于自体内聚和自尊
20 世纪 60 年代至今	婴儿研究者	婴儿发展方面的文献和更深入地认识
20 世纪 60 年代至今	短程心理治疗的研究者和临床医生	心理动力学心理治疗的经验研究 提高短程心理动力学心理治疗的技术
20 世纪 70 年代至今	创伤研究者	证实精神障碍中虐待和创伤的重要性 聚焦于创伤患者的心理治疗
20 世纪 70 年代至今	Bowlby，Main，Ainsworth	依恋理论
20 世纪 70 年代至今	Stolorow，Atwood，Greenberg，Mitchell	主体间性和客体理论

弗洛伊德的患者描述了很多早年被诱惑的经历。弗洛伊德起初信以为真，对患者的这些记忆给予了认真的考虑。后来，他发现患者回忆起的这些经历很多都是建立在幻想基础上的，受到了儿童时期与性心理有关的本能发展的影响。于是，弗洛伊德在 1905 年发表了《性学三论》(S. 弗洛伊德，1905—1953)，阐述了他的第二理论。在这些论述及其后续的著作中，弗洛伊德概括了儿童是如何透过生命早期口欲、肛欲和性器阶段的透镜去了解世界的。这些发展阶段及其相关的冲动会由于照料者的反应、导致的压抑和后续的症状而带来冲突。

弗洛伊德特别强调了围绕*俄狄浦斯期冲突*的一些重要问题所具有的发展性质。俄狄浦斯期冲突里，孩子对异性父母充满了渴望，同时害怕来自同性父母的反对。这种冲突根植于孩子成长的过程——逐渐远离早年的养育者，朝向更成熟的依恋。随着冲突概念的引入，弗洛伊德的临床治疗方法从催眠和宣泄转向了寻找和解释压抑的婴儿期愿望(尤其是那些与躯体冲动有关的愿望)。弗洛伊德的技术也转变为*自由联想*：躺在躺椅上的患者被引导以一种不加审查的方式交谈，说出浮现在脑海里的所有想法。

随着临床经验的积累，弗洛伊德开始注意到患者存在阻碍分析工作以及阻碍解释冲突的力量。这些阻碍记忆恢复的心理功能被他称为*防御机制*。根据这一发现，弗洛伊德扩展了他的理论，形成了著名的心理功能三元模型，包括三个功能部分：自我(处理外部现实的理性部分)、超我(内化的禁令和理想)和本我(本能冲动以及冲突的冲动和愿望的储藏库)。对于将冲突保留在潜意识中的力量，安娜·弗洛伊德(1966)拓展了父亲的理解，她在 1936 年出版的《自我和防御机制》中对防御机制做了详细的阐述。

继西格蒙德·弗洛伊德之后，许许多多的临床医生更深入、广泛地观察和描述了临床现象，并发展了更新的技术，用于更多

的临床问题。

安娜·弗洛伊德开展了游戏治疗，可以对儿童患者进行心理动力学心理治疗。在心理动力学游戏治疗中，通过游戏，儿童患者在行动中展现冲突，治疗师会对此加以解释，解释的方式可以与对成年患者的移情和阻抗的解释相比拟。

Melanie Klein 也是一位儿童精神病理学理论家和临床医生，她很有创新性，主要贡献是对生命早期婴儿攻击性和妒忌的观察，倡导了一种新型的方法，可以更早地识别和解释攻击性。Klein 和 W. Ronald D. Fairbairn 所作的贡献使我们意识到了儿童与照料者的关系对于以后成人人格和行为的重要性。Klein 和 Fairbairn 对客体关系临床理论做出了早期的贡献，这一理论强调了早年的关系如何形成了以后人际模式的模板。这些早年的关系被内化并在患者的生活中被重新激活，包括在心理动力学心理治疗的移情中被重新激活。

Otto Kernberg 或许是美国最有成就的客体关系理论家，他将这一临床理论扩展到对边缘型患者和严重人格障碍患者的治疗中来。他对*分裂*这一原始防御尤为关注。*分裂*是边缘型患者的精神特征，在边缘型患者的治疗中它是重要的工作焦点。

Paula Hei 和 Heinrich Racker 的贡献是让我们意识到了反移情现象——治疗师对患者移情的情绪反应在临床工作中的有用特性。他们强调，正是通过同时审查患者的移情和治疗师的反移情，才会发现已被患者内化的早年关系的关键信息。

Heinz Kohut 进一步拓展了对自恋型人格障碍以及自体障碍患者的理论和治疗方法。在 Kohut 的经验和思想中，最重要的临床问题是自尊和自体内聚对抗裂解的体验。在他的思想体系中，其他所有的临床问题都是自体系统紊乱的副产品。他的贡献是使得共情作为一种临床工具在心理治疗中受到越来越多的关注，治疗师也开始将患者的安全感和自体内聚作为重要的情感来关注，这些情感在讲述患者早年所经历的故事。

自体心理学一个新的贡献是对五种动机系统的描述：①从精神层面对生理要求进行调节的需要；②依恋-亲和的需要；③探索和确定的需要；④通过敌对或退避做出厌恶反应的需要；⑤感官快乐和性兴奋的需要。在冲突性动机的讨论中，这一较新的研究理论而且是循证的理论可以替代本能驱力的经典概念（Lichtenberg，1989）。另一种新型自体心理学领域的探索说明了一个成功的心理治疗所带给患者的许多促进成长的要素（Bacal，1998）。

婴儿研究者和临床医生如 Robert Emde，Stanley Greenspan，Margaret Mahler 和 Daniel Stern 等，他们贡献了大量的新近研究资料以及里程碑式的科学文献，均证实了早期提出的有关正常发展的精神分析假设，有时还对这些假设提出了挑战（Nersessian 和 Kopff，1996）。是发展形成了那些成为心理动力学关注焦点的心理功能和冲突的模式。这些学者的贡献之一是对大量的婴儿先天敏感性和气质有了新的认识。他们的工作已经将注意引向了发展和人格形成过程——先天素质和人际环境之间的交互作用，而且比弗洛伊德最初认为的更加微妙。

依恋理论源自 John Bowlby 和他的同事们所做的工作，他们研究了母-婴依恋的质量及其对儿童和成人心理发展造成的影响。共观察和描述了三种主要的依恋："安全型"依恋（与一致的、最佳的父母照料有关）、"回避型"和"抵抗型/矛盾型"依恋（分别与父母对婴儿寻求依恋的行为所表现出的漠视反应和不可预期的反应有关）。如同其他以婴儿和儿童观察为基础的理论一样，这一理论将真实的生活体验看成对性格结构、精神病理现象、防御和内部心理活动的完整建构具有关键的塑形作用。建立在观察研究基础上的心理动力学理论与早期的精神分析理论已有很大的不同，后者主要认为先天内驱力是幻想以及后续的精神内部冲突和精神病理现象的首要来源（Main，2000）。

主体间性理论关注的是心理动力学治疗情境中两个主体间的互动场。治疗性探索的焦点也包括尝试去解释心理发展和病

理现象，这种解释源自家庭系统内部个体主体间的互动，它们可以促进或抑制儿童发展的任务和阶段。传统的弗洛伊德观点认为人受到朝向“内驱力客体”的内驱力所驱使，与之不同，主体间性理论认为人是自己体验的主体和组织者。主体间性理论也认为心理动力学心理治疗是患者与治疗师一起尝试通过明晰他们主体相互间的体验来理解患者的情绪体验（Orange 等，1997）。

客体的视角往往与主体间视角相结合，它的范围更广泛一些，因为客体视角设法理解患者精神内部和人际间的情绪体验。它也认为内部的心理活动形成于人际体验的内化，而这些人际体验受素质和生物学因素的影响。内部和外部世界——即，幻想和外部现实的体验——被理解为心理生活的重要的决定因素（Mitchell 和 Aron，1999）。

近年来的创伤研究和短程心理动力学心理治疗的研究拓展了我们对许多患者的临床理解和治疗技术。尽管弗洛伊德放弃了神经症的诱惑理论，但是研究创伤的专家近年来更多地证实了边缘或多重人格障碍患者生活史中真实创伤事件的重要性以及我们日常生活中类似事件发生频率的重要性。另外，针对儿童和成人创伤患者的大量工作也使我们对这些患者在心理治疗方面的需要有了新的认识。Janis Bullman，Judith Herman，Mardi Horowitz，Richard Kluft，Jacob Lindy，Robert Pynoos，Arieh Shalev，Lenore Terr，Robert Ursano，Bessel van der Kolk 和 Lars Weisæth 对于理解这些患者的心理动力学理论以及对这些患者的治疗都作出了重要贡献（Nersessian 和 Kopff，1996；Ursano 等，1994、2003）。Paul Crits-Christoph，Habib Davanloo，Lester Luborsky，David Malan，James Mann，Peter Sifneos 和 Hans Strupp 在短程心理动力学心理治疗方面的新近研究强调了对心理动力学心理治疗的过程和效果的经验性工作。他们对治疗效果开展了重要的经验性调查，其结果阐明了心理动力学过程以及哪种患者适合哪种治疗这一重要问题。

尽管自 Janet 和弗洛伊德以来仅区区百年，动力学心理治疗的历史却迅猛发展，其资料与临床专业知识不断扩充。从早期的《癔症研究》，现已拓展到通过人的整个生命周期来调查和治疗情绪疾病。心理动力学心理治疗探索了在生命周期中，心与身、素质与经验如何影响人的行为、内部生活以及人际生活的奥秘。在生物性先天特质、早年的家庭经验以及我们人际世界的基础上，形成了早年儿童期的模式。这些模式形成了各式各样的透镜，通过它们我们看到了贯穿我们生命的世界，此外，早年的模式也赋予了我们的成人体验以意义。心理动力学心理治疗通过理解当前症状、行为与过去经历（过去经历提供了那些行为的模板以及成人认知和情绪知觉的模板）的关系来改变当前的行为模式。

参考文献

Bacal H: Optimal Responsiveness: How Therapists Heal Their Patients. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1998

Breuer J, Freud S: Studies on hysteria (1893–1895), in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol 2. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, 1955, pp 1–319

Freud A: The Ego and the Mechanisms of Defense, Revised Edition. New York, International Universities Press, 1966

Freud S: Three essays on the theory of sexuality (1905), in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol 7. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, 1953, pp 125–248

Lichtenberg J: Psychoanalysis and Motivation. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1989

Main M: The organized categories of infant, child and adult attachment. J Am Psychoanal Assoc 48:1055–1096, 2000

Mitchell S, Aron L (eds): Preface, in Relational Psychoanalysis: The Emergence of a Tradition. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1999, pp i–vi

Nersessian E, Kopff RG Jr (eds): Textbook of Psychoanalysis. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1996

Orange DM, Atwood GE, Stolorow RD: Working Intersubjectively: Contextualism in Psychoanalytic Practice. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1997

Ursano RJ, McCaughey BG, Fullerton CS (eds): Individual and Community

Responses to Trauma and Disaster: The Structure of Human Chaos. New York, Cambridge University Press, 1994
Ursano RJ, Fullerton CS, Norwood AE (eds): Terrorism and Disaster: Individual and Community Mental Health Interventions. New York, Cambridge University Press, 2003
Wallerstein RS: Psychoanalysis and psychotherapy: an historical perspective. Int J Psychoanal 70:563–591, 1989

补充阅读

Traditional Classics

Freud A: Normality and Pathology in Childhood: Assessments of Development. New York, International Universities Press, 1965
Freud S: Beyond the Pleasure Principle (1920), in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol 18. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, 1955, pp 1–64
Freud S: The ego and the id (1923), in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol 19. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, 1955, pp 3–68
Heimann P: On countertransference. Int J Psychoanal 31:110–130, 1950
Klein M: Contributions to Psychoanalysis, 1921–1945. Edited by Sutherland JD. London, Hogarth Press, 1968
Kohut H: The Analysis of the Self: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders. New York, International Universities Press, 1971
Kohut H: The Restoration of the Self. New York, International Universities Press, 1977
Mahler MS, Pine F, Bergman A: The Psychological Birth of the Human Infant. New York, Basic Books, 1975
Racker H: Transference and Counter-Transference. New York, International Universities Press, 1968

Modern Classics

Altshuler KZ: Psychotherapy 1945–95, in American Psychiatric Press Review of Psychiatry, Vol 13. Edited by Oldham JM, Riba MB. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1994, pp 55–72
Aron L: A Meeting of the Minds: Mutuality in Psychoanalysis. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1996
Ehrenwald J (ed): The History of Psychotherapy. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1991

Ellenberger HF: The Discovery of the Unconscious: The History and Evolution of Dynamic Psychiatry. New York, Basic Books, 1970

Fairbairn WRD: Psychoanalytic Studies of the Personality. London, Tavistock, 1952

Goldstein W: Contemporary influences in psychoanalytic thinking: an overview. Journal of Clinical Psychoanalysis 10:281–292, 2001

Greenspan SI: The Development of the Ego: Implications for Personality Theory, Psychopathology and the Psychotherapeutic Process. New York, International Universities Press, 1989

Herman JL: Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence—From Domestic Abuse to Political Terror. New York, Basic Books, 1942

Kernberg OF: Borderline Conditions and Pathological Narcissism. New York, Jason Aronson, 1975

Lichtenberg J, Lachmann F, Fosshage J: A Spirit of Inquiry: Communication in Psychoanalysis. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 2002

Meissner WW: Freud and Psychoanalysis. Notre Dame, IN, University of Notre Dame Press, 2000

Mitchell SA: Relationality: From Attachment to Intersubjectivity. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 2000

Stern DN: The Interpersonal World of the Infant: A View From Psychoanalysis and Developmental Psychology. New York, Basic Books, 1985

Stolorow RD, Brandchaft B, Atwood GE: Psychoanalytic Treatment: An Intersubjective Approach. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1987

Stolorow RD, Atwood GE, Brandchaft B (eds): The Intersubjective Perspective. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1994

Terr L: Too Scared to Cry. New York, Basic Books, 1990

术语表

节制(abstinence) 治疗师某种沉默的技术性立场,不过不是要隐瞒什么,而是为了更好地观察患者是如何组织他的内心世界的。需要对患者做出说明,使之对此有所了解。

见诸行动(acting out) 通过行动而不是语言来表达潜意识的冲突。

依恋理论(attachment theory) 以安全和不安全的婴儿-照料者关系中早期婴儿的依恋为基础的人格和行为理论。此理论中常常会提到的人物有 John Bowlby,Mary Main,和 Mary Ainsworth。

行为(behavior) 思想(认知)、体验(情感)、幻想和行动。

界限(boundaries) 患者与治疗师之间人际关系的原则,代表了为患者提供的最佳治疗环境,并保护患者免于剥削。

短程心理动力学心理治疗(brief psychodynamic psychotherapy) 一种心理动力学心理治疗的方法,设有焦点和有限的疗程,通常持续 12-20 次访谈。

病案管理者(case manager) 内科医生和患者可以与之保持联系,以获得批准来报销计划保健范围内的费用。

互补的反移情(complementary countertransference) 治疗师认同了患者过去生活中的一个重要人物,而在移情中患者正在体验着这个人物。

一致的反移情(concordant countertransference) 治疗师认同了患者的情绪体验。

反移情(countertransference) 治疗师对患者的情绪体验。

可能有助于治疗，也可能会妨碍治疗。治疗师可能会将之体验为一种压力来推动他以特定方式对待患者。也参见*互补的反移情*和*一致的反移情*。

日间残留(day residue) 最近生活经历的一部分，充当了形成梦的基础。

防御(defense) 参见*防御机制*。

内驱力理论(drive theory) 精神分析领域内的一种理论视角，它聚焦于早年儿童期的愿望(力比多的和攻击性的)，将之视为人格最初的组织者。

自我心理学(ego psychology) 精神分析领域内的一种理论视角，它聚焦于自我在愿望与禁止之间作为调停者的角色，也聚焦于防御机制以及人格中的无冲突区。

治疗的结束阶段(end phase of treatment) 通常，这一治疗阶段是以设定结束治疗的日期为起点。在这一阶段，患者在做自我分析，而且结束与丧失的问题以及独立的问题凸显出来。也参见*结束治疗*。

评估阶段(evaluation phase) 2-4 次的初始访谈，用以对患者进行评估并做出治疗的决定。

探索性心理治疗(explorative psychotherapy) 参见*心理动力学心理治疗*。

自由联想(free association) 一种技术操作，鼓励患者尽可能自由地交谈，说出在头脑中浮现的一切内容，而将评判搁置一边。通常，这只是一个相对的概念。需要指导患者进行。

内省导向的心理治疗(insight-oriented psychotherapy) 参见*心理动力学心理治疗*。

间断性心理动力学心理治疗(intermittent psychodynamic psychotherapy) 一种心理动力学心理治疗，疗程中会有计划内或预期中的间断，可能是数月或数年。而每段治疗期则很像是短程心理动力学心理治疗或支持性心理治疗。将这种治疗模式定义为“间断”，

说明随着时间的延长，带着考虑周全的临床计划，这种治疗模式的优势和局限都会显现出来。这种治疗模式有待进一步研究。

解释(interpretation) 将潜意识内容(即，患者意识不到的内容)意识化的一种技术操作。可以包括把移情与当前的体验以及过去的重要人物做联结。

主体间性和客体理论(intersubjectivity and relational theory) 属于人格与行为的理论，基于1)患者与治疗师主体体验方面的研究，以及人际体验内化方面的研究；2)人际体验。主体间性和客体理论密切相关，它们是由自体心理学和客体关系理论发展而来。

长程心理治疗(long-term psychotherapy) 参见*心理动力学心理治疗*。

管理型保健(managed care) 实施卫生保健的体系，它建立的基础是由卫生保健保险公司和病案管理者审批的卫生保健报销制度，由此来积极地指导保健服务。

防御机制(mechanisms of defense) 思维(认知)的方式，旨在减少不愉快的情感状态(焦虑)，并将潜意识冲突保持在意识之外。例如：理智化、压抑、外化、躯体化、分裂、否认和见诸行动。

治疗的中间阶段(middle phase of treatment) 治疗的中期部分，期间，患者和治疗师一起工作来审查防御和移情。

神经症(neurosis) 精神分析著作中较为陈旧的术语，意指“内部冲突”。

客体关系(object relations) 内部世界的“人们”，区别于“现实”中的人，因为这里所指的是患者的体验世界，里面充斥着意义和知觉，而不是现实的事件。

客体关系理论(object relations theory) 精神分析领域内的一种理论视角，它聚焦于早年的客体关系，将之视为人格最初的组织者。

客体(objects) 参见*客体关系*。

治疗的开始阶段(opening phase of treatment) 治疗最初

的阶段，通常包括治疗联盟的建立、患者最初抱有很高的期望与继之而来的希望破灭、患者对自由联想的学习以及在审查防御和移情过程中对患者进行指导。

原发性获益(primary gain) 随着防御机制的运用，不愉快的情感(焦虑)得以缓解。

精神现实(psychic reality) “内部世界”——即，基于事件的意义而不是现实的事件而产生的潜意识知觉。源自生物学基础和发展经历。

精神分析(psychoanalysis) 一种高强度的心理治疗，通常持续数年，旨在通过审查移情来阐明患者的精神现实以及世界的意义。聚焦于这些方面是如何影响行为的。这一术语也用于描述源于这一技术的心理功能理论。

精神分析心理治疗(psychoanalytic psychotherapy) 参见*心理动力学心理治疗*。

心理动力学评估(psychodynamic evaluation) 对患者是否适合心理动力学心理治疗进行评估的过程。它包括：①心理动力学倾听；②精神状态检查；③发展史的建构，包括重大事件、创伤和发展缺陷；④识别过去和现在的愿望、防御机制、重要人物以及自尊的管理和改变；⑤预测未来医患关系的冲突区(移情)。

心理动力学倾听(psychodynamic listening) 从四种主要的精神分析理论视角(内驱力理论、自我心理学、客体关系理论和自体心理学)以及患者情感世界的主体视角去倾听患者的历史和当前问题的过程。从四种主要的精神分析理论视角倾听时，精神科医生会去倾听患者当前的功能和过去的功能，也会形成基于当前功能和过去史的有关过去功能的假设。

心理动力学心理治疗(psychodynamic psychotherapy) (也称作精神分析心理治疗、内省导向的心理治疗、探索性心理治疗、长程心理治疗)属于谈话治疗，以精神分析理解的原则为基础，理解心理功能(比如，防御表现、移情和精神现实)，后者属于

心理生活的一部分。主要目标是通过识别源自儿时的行为模式来使得意识之外的东西为意识加工所用。

心理治疗(psychotherapy) 所有谈话治疗的总称。专业人员与求助者之间进行言语的交流,目标是改变给求助者带来困难的特征性的行为模式。包括认知心理治疗、人际心理治疗和精神分析以及其他诸如此类的治疗方法。

阻抗(resistance) 属于临床术语,用以描述治疗师感觉到患者潜意识地不愿去体验那些与儿时冲突有关的令人烦扰的情感。包括防御机制、继发性获益、见诸行动、惩罚自己的需要以及阻挠进步的需要。

继发性获益(secondary gain) 在现实中由于患病而获得了具体的利益。

自体心理学(self psychology) 精神分析领域内的一种理论视角,它聚焦于自体、自尊和安全感的维系,也聚焦于早年母子关系,尤其是在分离-个体化阶段的和解期。

支持性心理治疗(supportive psychotherapy) 这种心理治疗旨在帮助患者重新建立起他以前心理功能的最佳水平。这是最常见的心理治疗形式,需要周密的考虑和有技巧地运用心理动力学的原则和技术。

结束治疗(termination) 心理治疗的结束。这个阶段对治疗师和患者都具有挑战性。也参见*治疗的结束阶段*。

治疗联盟(therapeutic alliance) 以现实为基础、治疗师和患者一起工作的关系。

移情(transference) 对待另一个人的行为、感受和(或)知觉就好像对待过去经历中的一个重要人物。这是在精神分析心理治疗中要了解的重要部分,但不仅仅限于治疗的情境。

移情阻抗(transference resistance) 要获得移情满足的强烈愿望,它们可能源自正性的或负性的移情体验。

工作联盟(working alliance) 参见*治疗联盟*。